

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

FABIANA DOS SANTOS PEREIRA

O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC  
NOS NÍVEIS ESTRATÉGICO, TÁTICO E OPERACIONAL,  
NA PERCEPÇÃO DE SEUS DIRIGENTES

Florianópolis

2003

FABIANA DOS SANTOS PEREIRA

**O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC  
NOS NÍVEIS ESTRATÉGICO, TÁTICO E OPERACIONAL,  
NA PERCEPÇÃO DE SEUS DIRIGENTES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração. Área de Concentração: Política e Gestão Institucional.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann, PhD.

Florianópolis

2003

FABIANA DOS SANTOS PEREIRA

**O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC  
NOS NÍVEIS ESTRATÉGICO, TÁTICO E OPERACIONAL,  
NA PERCEPÇÃO DE SEUS DIRIGENTES.**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Grau de Mestre em Administração na área de concentração em Políticas e Gestão Institucional do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada, em sua forma final, pela Comissão Examinadora composta pelos docentes:

Prof. Nelson Colossi, Dr.  
Coordenador do Curso

Apresentada à Comissão Examinadora integrada pelos professores:

Prof<sup>ª</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann, PhD.  
Orientadora

Prof<sup>ª</sup> Eloise Helena Livramento Dellagnelo, Dr<sup>ª</sup>.  
Membro

Prof. Gelson Luiz de Albuquerque, Dr.  
Membro

Florianópolis, 26 de março de 2003.

*Aos meus Pais, Rubens e Terezinha*

*Há momentos na vida, que nos oportunizam expressar o que sentimos por alguém, embora sejam poucos. E, um desses momentos se concretiza nesta página, de forma muito especial, em que dedico à vocês, mais um trabalho acadêmico e único em minha história, aproveitando para reafirmar o carinho e a gratidão que sinto por vocês, nestas simples palavras que, apesar da intenção, nunca conseguiriam expressar a dimensão de tal sentimento: Amor!*

## ***Agradecimentos***

*Ao **Pai Celestial** e à **Santíssima Trindade**, que por seu amor incondicional, deu-me a oportunidade de buscar a sabedoria, iluminando-me e guiando-me em todos os momentos.*

*À **Maria**, mãe do céu, por sempre interceder por mim, principalmente nas horas difíceis.*

*Ao meu pai, **Rubens** e, à minha mãe, **Terezinha**, que foram, são e serão exemplos de força, esperança, fé e amor em toda a minha vida. A eles o meu eterno agradecimento por tudo que são, por tudo que fizeram e por tudo que representam para mim.*

*Aos meus irmãos, **Fernando** e **Cristina**, por fazerem parte de minha vida, compartilhando alegrias e tristezas.*

*Aos meus parentes, em especial minhas avós queridas, **Josefa** e **Maria**, pelas orações e palavras de fortaleza.*

*Aos meus avós, **Antônio** e **João**, que lá do alto estão sempre me acompanhando.*

*Ao **Wesley**, por ser uma estrela que chegou em minha vida, iluminando com seus raios de alegria, amor e humor. Por todos os momentos felizes compartilhados, por toda compreensão, força e companheirismo nos momentos difíceis e tristes, por participar desta conquista de forma muito especial e direta e, por me ajudar a acreditar nos sonhos.*

*À minha orientadora, **Alacoque Erdmann**, que não só orientou a minha vida acadêmica, como também a minha vida pessoal, nos momentos que precisei. Pela compreensão, flexibilidade e motivação, quando surgiram contratempos e obstáculos ao longo dessa jornada. A ela, por ser essa pessoa sempre alegre e contagiante, tornando o trabalho árduo mais leve.*

*Ao **Rolf Erdmann**, pelo acolhimento, pelas orientações no estágio docência, contribuindo com o meu crescimento acadêmico e profissional.*

*À **Eloise Dellagnelo** e ao **Gelson Albuquerque**, por aceitarem o convite para fazer parte de minha banca, sugerindo contribuições relevantes para o enriquecimento do trabalho, pela simpatia e profissionalismo que possuem e que cativam as pessoas.*

*À **Rosane Nitschke**, pela simpatia e humildade no seu ministério, trazendo momentos agradáveis ao aprendizado que ficarão inesquecíveis.*

*À **Lidvina Horr**, **Maria Anice da Silva** e **Tânia Rebello** por terem aceitado ser “referi” de meu trabalho, dando sugestões muito relevantes.*

*À **Ieda Maria Freitas**, pelas palavras construtivas e sugestões, por ter sido “referi” do meu trabalho e principalmente pela amizade de muita simpatia e humildade.*

*À **Lillian Daizy Wolff** pela prestatividade e sabedoria compartilhada, fazendo crescer meus conhecimentos.*

*Ao **Jair Lapa**, por toda capacidade e originalidade na prática de seu ministério.*

*Aos meus professores do mestrado, que de alguma forma fizeram parte de minha história, deixando sua pegada para que eu possa seguir.*

*À **Josiane**, pela prestatividade e confiança depositada, no momento inicial dessa minha etapa e pela preciosa amizade cultivada no caminhar dos dias.*

*À **Sabrina**, por conviver esse período não apenas como amiga, mas como uma nova integrante da minha família, dividindo angústias e alegrias.*

*À **Jocilene**, que além de fazer parte de minha vida, desde a graduação, reforçou os laços dessa grande amizade sendo um novo membro de minha família também, compartilhando sonhos, desafios e conquistas, alegrias e tristezas. A ela por toda força e companheirismo acadêmico, pessoal e espiritual.*

*À **Flavia Luzia**, pela pessoa humilde, amiga e prestativa que é, estando sempre por perto quando precisei, por todas as alegrias compartilhadas e conquistas acadêmicas vividas.*

*À **Flávia Pimentel** e **Vera Luci**, novas amizades cultivadas no mestrado que sempre terão um lugar reservado em meu coração, de maneira muito especial.*

*À **Cláudia** e **Elaine**, que apesar dos poucos momentos vividos, demonstraram grande amizade e humildade, transmitindo palavras de estímulo e de conforto.*

*Ao **Hélio** e **Eloi**, grandes amigos, que acompanham minha caminhada, mesmo de longe.*

*Aos meus **amigos paulistas**, que apesar da distância, estão sempre presentes em meu coração e nas lembranças de momentos especiais, vividos com alegria.*

*Aos **amigos da Paróquia Trindade** e da **Paróquia Cristo Luz do Mundo**, pelas amizades conquistadas e pelas orações.*

*Ao **Paulo Mendonça** e **José Euzébio Aragão**, que tiveram uma participação especial em minha vida acadêmica, deixando sábios ensinamentos e boas lembranças dos momentos de graduação, sendo uma das inspirações na escolha de minha direção.*

*Ao **Roberto Silva**, “Tibuk”, pelo espírito descontraído, pela sabedoria de vida, conhecimento e amizade transmitida.*

*À **Rosane Laguardia**, que sempre esteve presente nos momentos mais difíceis, dando forças e levantando o meu astral.*

*Ao **CPGA**, pela abertura desta oportunidade ao meu crescimento acadêmico.*

*À **CAPES**, pelo apoio financeiro durante o desenvolvimento desta dissertação.*

*Ao **Comitê de Ética**, pela concessão da aprovação necessária para o desenvolvimento desta pesquisa.*

*Ao **Hospital Universitário**, em especial ao Diretor Geral, **Dr. Fernando**, pela receptividade carismática de minha pessoa na concretização das entrevistas, que foram peça fundamental nos resultados desta pesquisa.*

*Ao **Célio Coelho**, pela simpatia e prestatividade em todos os momentos que precisei.*

*A todos os **Gerentes** entrevistados do HU, pela recepção e aceitação em participar desta pesquisa, contribuindo para a conclusão de forma relevante.*

*Ao meu querido dog, amiguinho do peito, o **Baby**, simplesmente por existir em minha vida, trazendo lembranças alegres e sentimentos agradáveis.*

*A Todos enfim, que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação, os meus sinceros agradecimentos.*

*“Os gerentes devem ser ‘mestres do paradoxo’  
transformando os pontos cruciais dos vários  
dilemas inevitáveis em círculos virtuosos e não  
viciosos”.*

*Charles Hampden - Turner.*

## RESUMO

Este trabalho trata do gerenciamento do Hospital Universitário da UFSC, nos níveis estratégico, tático e operacional, na percepção de seus dirigentes. O estudo de caso realizado em caráter exploratório e de abordagem qualitativa tem como foco principal, as funções fundamentais da administração: planejar, organizar, dirigir/comandar, coordenar e controlar. Buscou-se através do Regimento Interno e das entrevistas realizadas com 32 gestores do HU, no período de junho a agosto de 2002, interpretar as funções gerenciais contidas neste Regimento; identificar as funções gerenciais realizadas, na perspectiva dos gestores e posteriormente, comparar e apresentar uma reflexão crítica destas funções. A análise dos dados levantados foi feita através da Análise de Conteúdo de Bardin (1977). Inicialmente, através de uma análise documental, apresentou-se uma descrição do Regimento Interno com algumas reflexões. Em seguida realizou-se a Análise de Conteúdo, emergindo a primeira categoria: Funções gerenciais na percepção dos dirigentes do HU da UFSC, que agrupou as sub-categorias: O Regimento Interno do HU da UFSC (categorias temática: O que os gestores conhecem sobre o Regimento Interno; Composição; Coerência; Abrangência; Delimitação e Aderência) e; A prática dos gestores HU da UFSC (categorias temática: Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções; Planejar; Organizar; Dirigir/Comandar; Coordenar; Controlar) e a segunda categoria: As características dos gerentes do HU da UFSC, com as seguintes sub-categorias: Estilos gerenciais dos gestores (categorias temática: Democrático; Autocrático; Liberal; O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais) e Habilidades gerenciais (categorias temática: Habilidade conceitual; Habilidade humana; Habilidade técnica). Observou-se que as funções gerenciais encontradas no Regimento Interno estão em linhas gerais, possibilitando flexibilidade e direcionamento ajustados a cada órgão institucional. No entanto, algumas questões merecem ser repensadas com a participação e a integração efetiva de todos os indivíduos, visto que são raros os gestores que têm conhecimento mais detalhado deste documento e conseqüentemente de suas competências inscritas. Os resultados da análise apontaram também que, na prática gerencial, os gestores realizam suas funções de forma doméstica em busca de solucionar emergências, concentrando os esforços da rotina em “apagar incêndios”. A pouca valorização dos cargos de chefia, dando prioridade mais para a prática assistencial, permeia a idéia de que gerenciar é uma prática pouco relevante dentro do hospital, que se constitui em grandes limitadores de uma gestão dinâmica. Sendo então que, o desenvolvimento gerencial e contínuo de aprendizagem, requer que seja revisto valores e conceitos pré-concebidos, através da integração e da geração de uma consciência e responsabilidade coletivas. Assim sendo, o estudo construído estimula a busca de novas reflexões e novos horizontes para uma efetiva prática gerencial na área de saúde.

**Palavras-chave:** gerência hospitalar, funções fundamentais da administração, funções gerenciais do Regimento Interno.



## ABSTRACT

This work deals with the management of the University Hospital of the UFSC, in the levels strategical, tactical and operational, in the perception of its controllers. The study of case carried through in exploratório character and qualitative boarding it has as main focus, the basic functions of the administration: to plan, to organize, to dirigir/comandar, to co-ordinate and to control. One searched through the Internal regulation and of the interviews carried through with 32 managers of the HU, in the period of June the August of 2002, to interpret the contained managerial functions in this Regiment; to identify the carried through managerial functions, in the perspective of the managers and later, to compare and to present a critical reflection of these functions. The analysis of the raised data was made through the Analysis of Content of Bardin (1977). Initially, through a documentary analysis, a description of the Internal regulation with some reflections was presented. After that it was become fulfilled Analysis of Content, emerging the first category: Managerial functions in the perception of the controllers of the HU of the UFSC, that grouped the sub-categories: The Internal regulation of the HU of the UFSC (categories thematic: What the managers know on the Internal regulation; Composition; Coherence; Abrangência; Delimitation and Tack) e; Practical of managers HU of the UFSC (the categories thematic: Presenting knowledge and thinking on the practical one of the functions; To plan; To organize; Dirigir/Comandar; To co-ordinate; To control) and the second category: The characteristics of the controlling of the HU of the UFSC, with the following sub-categories: Styles you manage of the managers (categories thematic: Democratic; Autocratic; Liberal; What the managers of the HU think on the managerial styles) and managerial Abilities (categories thematic: Conceptual ability; Ability human being; Ability technique) It was observed that the found managerial functions in the Internal regulation are in general lines, making possible flexibility and aiming adjusted to each institutional agency. However, some questions deserve to be rethink with the participation and the integration accomplishes of all the individuals, since the managers are rare who more have detailed knowledge of this document and consequently of its enrolled abilities. The results of the analysis had also pointed that, in practical the managerial one, the managers carry through its functions of domestic form in search to solve emergencies, concentrating the efforts of the routine in "erasing fires". To little valuation of the positions of it commands, giving priority more for the practical assistencial, permeia the idea of that to manage is one practical little excellent one inside of the hospital, that if constitutes in great limitors of a dynamic management. Being then that, the managerial and continuous development of learning, requires that is coats daily pay-conceived values and concepts, through the integration and of the generation of a collective conscience and responsibility. Thus being, the constructed study it stimulates the search of new new reflections and horizontes for a managerial practical effective in the health area.

**Key words:** hospital management, basic functions of the administration, managerial functions of the Internal regulation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Cadeia escalar de autoridade nos três níveis da organização.....	52
<b>Figura 2</b> – Os níveis institucional, intermediário e operacional e seu relacionamento com a incerteza.....	53
<b>Figura 3</b> – As funções da empresa.....	63
<b>Figura 4</b> – As quatro fases do controle.....	68
<b>Figura 5</b> – Estilo de Liderança .....	72
<b>Figura 6</b> – Estilo de Liderança baseado no contínuo de Likert.....	73
<b>Figura 7</b> – O <i>Grid Gerencial</i> .....	75
<b>Figura 8</b> – Os três estilos de liderança.....	78
<b>Figura 9</b> – Estilos básicos de comportamento de líder.....	79
<b>Figura 10</b> – Necessidades insatisfeitas nos vários níveis de maturidade dos subordinados....	79
<b>Figura 11</b> – Nível Estratégico, Tático e Operacional do HU .....	104
<b>Figura 12</b> – Sistema dos Elementos do HU.....	133
<b>Figura 13</b> – Categoria: 1 – Funções gerenciais na percepção dos dirigentes do HU da UFSC .....	159
<b>Figura 14</b> – Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC.....	160
<b>Figura 15</b> – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno (Estratégico).....	161
<b>Figura 16</b> – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno (Tático). 161	
<b>Figura 17</b> – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno (Operacional) .....	162
<b>Figura 18</b> – Composição (Estratégico).....	165
<b>Figura 19</b> – Composição (Tático).....	166
<b>Figura 20</b> – Composição (Operacional) .....	167
<b>Figura 21</b> – Coerência (Estratégico).....	168
<b>Figura 22</b> – Coerência (Tático).....	169
<b>Figura 23</b> – Coerência (Operacional) .....	169
<b>Figura 24</b> – Abrangência (Estratégico) .....	170
<b>Figura 25</b> – Abrangência (Tático) .....	171
<b>Figura 26</b> – Abrangência (Operacional).....	171
<b>Figura 27</b> – Delimitação (Estratégico) .....	172
<b>Figura 28</b> – Delimitação (Tático) .....	172
<b>Figura 29</b> – Delimitação (Operacional).....	173

<b>Figura 30</b> – Aderência (Estratégico).....	174
<b>Figura 31</b> – Aderência (Tático) .....	175
<b>Figura 32</b> – Aderência (Operacional).....	175
<b>Figura 33</b> – Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC .....	176
<b>Figura 34</b> – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções (Estratégico).....	178
<b>Figura 35</b> – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções (Tático) .....	178
<b>Figura 36</b> – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções (Operacional) .....	179
<b>Figura 37</b> – Planejar (Estratégico).....	181
<b>Figura 38</b> – Planejar (Tático).....	183
<b>Figura 39</b> – Planejar (Operacional) .....	184
<b>Figura 40</b> – Organizar (Estratégico).....	187
<b>Figura 41</b> – Organizar (Tático).....	188
<b>Figura 42</b> – Organizar (Operacional) .....	190
<b>Figura 43</b> – Dirigir/Comandar (Estratégico) .....	193
<b>Figura 44</b> – Dirigir/Comandar (Tático) .....	193
<b>Figura 45</b> – Dirigir/Comandar (Operacional).....	194
<b>Figura 46</b> – Coordenar (Estratégico) .....	197
<b>Figura 47</b> – Coordenar (Tático).....	200
<b>Figura 48</b> – Coordenar (Operacional) .....	202
<b>Figura 49</b> – Controlar (Estratégico).....	204
<b>Figura 50</b> – Controlar (Tático) .....	205
<b>Figura 51</b> – Controlar (Operacional) .....	207
<b>Figura 52</b> – Categoria: 2 – As características dos gerentes do HU da UFSC .....	207
<b>Figura 53</b> – Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerenciais dos gestores.....	208
<b>Figura 54</b> – Democrático (Estratégico) .....	210
<b>Figura 55</b> – Democrático (Tático) .....	211
<b>Figura 56</b> – Democrático (Operacional).....	212
<b>Figura 57</b> – Autocrático (Estratégico) .....	214
<b>Figura 58</b> – Autocrático (Tático).....	214
<b>Figura 59</b> – Autocrático (Operacional).....	215
<b>Figura 60</b> – Liberal (Estratégico) .....	216
<b>Figura 61</b> – Liberal (Tático) .....	216
<b>Figura 62</b> – Liberal (Operacional).....	217
<b>Figura 63</b> – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais (Estratégico) .....	219

<b>Figura 64</b> – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais (Tático).....	219
<b>Figura 65</b> – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais (Operacional) ....	220
<b>Figura 66</b> – Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais .....	221
<b>Figura 67</b> – Habilidade conceitual (Tático).....	222
<b>Figura 68</b> – Habilidade conceitual (Operacional) .....	223
<b>Figura 69</b> – Habilidade humana (Estratégico).....	226
<b>Figura 70</b> – Habilidade humana (Tático).....	227
<b>Figura 71</b> – Habilidade humana (Operacional) .....	228
<b>Figura 72</b> – Habilidade técnica (Estratégico) .....	230
<b>Figura 73</b> – Habilidade técnica (Tático).....	230
<b>Figura 74</b> – Habilidade técnica (Operacional).....	231

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AD – Assistente de Direção  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
CD – Conselho Diretor  
DA – Diretoria de Administração  
DAA – Diretoria de Apoio Assistencial  
DAA – Divisão de Apoio Assistencial  
DAD – Divisão de Administração  
DAP – Divisão de Auxiliar de Pessoal  
DCC – Divisão de Clínica Cirúrgica  
DCM – Divisão de Clínica Médica  
DDC – Divisão de Diagnóstico Complementar  
DE – Diretoria de Enfermagem  
DEC – Divisão de Enfermagem Cirúrgica  
DEEA – Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório  
DEM – Divisão de Enfermagem Médica  
DESCAM – Divisão de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente  
DG – Diretoria Geral  
DM – Diretoria de Medicina  
DMSG – Divisão de Manutenção e Serviços Gerais  
DPI – Divisão de Pacientes Internos  
DPT – Divisão de Pediatria  
DPX – Divisão de Pacientes Externos  
DS – Diretoria Setorial  
DTG – Divisão de Tocoginecologia  
HU – Hospital Universitário  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
LOS – Leis Orgânicas da Saúde  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VD – Vice-Diretoria

## SUMÁRIO

RESUMO .....	08
ABSTRACT .....	09
LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	13
1 INTRODUÇÃO DO TEMA .....	17
1.1 Objetivos da Pesquisa .....	26
1.2 Justificativa .....	27
2 UM REFERENCIAL TEÓRICO .....	30
2.1 O Sistema de Saúde .....	30
2.2 O Hospital: um estabelecimento assistencial de saúde (EAS) .....	37
2.2.1 Hospital Universitário .....	48
2.3 Organizações e Níveis Hierárquicos .....	50
2.4 Gerência .....	54
2.4.1 Habilidades Gerenciais e Funções Fundamentais da Administração .....	61
2.4.2 Estilos de Gerência .....	70
2.5 Gerência Hospitalar .....	81
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	92
3.1 O Método da Pesquisa: Estudo de Caso .....	95
3.2 Abordagem da Pesquisa: Qualitativa .....	98
3.2.1 Indagações Norteadoras da Pesquisa .....	103
3.2.2 Os Sujeitos da Pesquisa .....	103
3.3 Registro dos Dados .....	106
3.4 Análise e Interpretação dos Dados .....	109
3.4.1 Análise Documental .....	110
3.4.2 Análise de Conteúdo .....	111
3.5 Aspectos Éticos .....	118
4 OS DADOS DA PESQUISA .....	121
4.1 O Regimento Interno: Uma Descrição Reflexiva .....	121
4.2 Uma Descrição dos Dados Empíricos .....	158
4.2.1 – Funções Gerenciais na Percepção dos Dirigentes do HU da UFSC .....	159
4.2.2 – As Características dos Gerentes do HU da UFSC .....	207

5 UMA ANÁLISE REFLEXIVA DOS DADOS .....	232
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	276
7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO .....	285
REFERÊNCIAS .....	287



## 1 INTRODUÇÃO DO TEMA

Frente às mudanças da economia mundial, o Brasil começa a se enquadrar num forte regime de concorrência, tomando medidas velozes, objetivando uma melhor forma de gerir. É possível perceber novas tendências que nortearão tais transformações.

Uma das diferenças identificadas é que nas décadas de 70 e 80, fabricavam-se diversos produtos nas empresas brasileiras, enquanto que hoje, elas concentram seus esforços apenas em um produto, que ao ser focado, tem possibilidade de se aperfeiçoar, já que se pode investir mais em tecnologia de ponta que o torne melhor capacitado para estar à frente da concorrência, deixando os produtos secundários para empresas terceirizadas fabricarem, visto que os produtos obsoletos não são bem aceitos no mercado (COSTA, 1999).

Na década de 90, com a abertura da economia brasileira, o País se deparou com grandes concorrentes, em se tratando de produtos importados. Isso se deu pelo fato dos países estrangeiros abordarem com antecedência novas tecnologias e processos que fizeram seus produtos serem de maior qualidade, acrescidos de novos *designs* e preços acessíveis<sup>1</sup>.

Com isso, as empresas ganham tempo, diminuem custos e desperdícios de materiais, investindo apenas na inovação do produto que está em foco, já que não necessitam preocupar-se com a fabricação de outros, que poderiam ser de qualidade inferior, exercendo pouca influência na concorrência.

Esta tendência também parece chegar no setor da saúde com o surgimento de um grande número de clínicas que prestam cuidados de saúde especializados. Todavia, ainda permanecem os hospitais gerais com serviços diversificados de saúde.

---

<sup>1</sup>Toro Restrepo (2000) comenta sobre essa crise dos anos 90, dentro do setor de serviços de saúde, fato que obrigou o mesmo a repensar e ajustar paradigmas até então válidos estendendo às instituições de saúde.

A globalização da economia, é um dos fatores que influenciam o mercado, principalmente na área de prestação de serviços que se desenvolve aceleradamente. Os serviços começam a ter maior força devido ao desemprego estrutural que muda o cenário de uma forma irreversível ao extinguir postos de trabalho, com a adoção da automação, da robotização e outras inovações tecnológicas.

Dentro desta realidade o serviço de saúde apresenta-se com maior limitação ainda que outros serviços, devido aos investimentos serem comprometidos, ou seja, quando o capital nacional é usado para pagamento de juros ou serviços da dívida externa e interna do país.

Desta forma surge conseqüentemente a flexibilização que afeta diretamente os direitos do trabalhador e os direitos sociais, mudando normas trabalhistas com o fim de adaptar as relações de trabalho ao mercado em constante mutação.

O trabalho flexível começa a dar lugar para sub-empregada, locação de mão-de-obra, trabalhos à domicílio, contratos por tempo determinado, trabalhos por meio de estágios e, a negociação coletiva, passa a valer mais que as normas (LEARTH, 2002).

Enfim, esta realidade passou a substituir empregos do setor industrial por ocupações, no setor de serviços, pois a globalização forçou indústrias a reduzir custos com enxugamento do quadro de pessoal, e aumento da produção com preços acessíveis à concorrência do mercado (MICKLETHWAIT, WOOLFRIDGE, 2000).

Tal mudança global vem sendo visualizada desde a 2ª Guerra Mundial, refletindo também no papel da gerência, que se viu na necessidade de acompanhar as alterações frente a nova realidade, tendo assim, a contribuição de diversos pensadores, como

Fayol<sup>2</sup>, que se preocupou em caracterizar o trabalho do executivo, considerando o seu processo de execução, através de sua “teoria da chefia”.

Esta teoria era focalizada na abordagem de processos resumida hoje, nas funções fundamentais da administração: o planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar, melhor capacitada para responder tal desafio (ESCRIVÃO FILHO, 1995).

É possível perceber este cenário de mudanças, ocorridas pela globalização também na área gerencial de hospitais, uma vez que se deparam com a necessidade de empregarem novas técnicas de gestão da produção e de assistência social, para a adequação de seus sistemas ao novo paradigma mundial, sendo esta uma forma de sobrevivência, frente a intensa competição global.

Há uma certa preocupação com as organizações de saúde, sejam elas públicas ou privadas, no que diz respeito a sua necessidade de adaptação diante de um mercado em constante crescimento competitivo, que se concretiza pelo motivo do país estar em transformação e em constante ampliação da noção de cidadania (ROCHA, 1998).

E os Artigos de 196 a 200, da Constituição Federal, contribuíram de forma positiva para reforçar tal cidadania no setor de saúde, pois seus regulamentos, giram em torno da garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, promovendo acesso universal e igualitário.

A existência desta cobertura do acesso universal e igualitário seria muito importante para que todas as pessoas, independente de sua classe social, pudessem ter assistência à saúde, nas condições dignas de um ser humano. Porém, é questionável a sua

---

<sup>2</sup> De acordo com a nota de rodapé de Toro Restrepo (2000), Henry Fayol (1841-1925) foi um engenheiro de minas, chegando à direção administrativa e do setor de treinamentos em uma companhia de mineração por volta de 1888 e 1918.

efetivação plena na prática, com relação à população ter realmente tais condições presentes em sua vida.

Ao analisar este foco direcionado para o hospital, também são perceptíveis tais pressões externas e internas. Pressões estas que acontecem tanto pelo desenvolvimento tecnológico, quanto pelas exigências das pessoas, pois as inovações tecnológicas estão sendo introduzidas cada vez mais no sistema de saúde, desde a sua utilidade para o tratamento de doenças através de estudos científicos ao melhor e mais rápido processo de execução das tarefas de seus colaboradores, com o ideal de aumentar a produtividade e a qualidade de vida da sociedade<sup>3</sup>, que está mais consciente de seus direitos a cada dia.

Porém, Caravantes (1993) afirma em outro contexto, que para isso é preciso verificar como estão as instituições e seus dirigentes, para fazer face à complexidade e velocidade das mudanças necessárias.

No hospital como em outras organizações, torna-se relevante o papel do gerente que analisa minuciosamente todas as condições da organização. O gerente necessita assimilar os recursos oferecidos pelo avanço tecnológico e, saber trabalhar muito bem o processo de implantação de novas filosofias de gestão, já que pode ocorrer uma certa resistência às mudanças, por parte da equipe trabalhadora, que tende a prolongar este processo por diversos motivos, gerando custos de treinamento, de implantação e de manutenção (SILVA, SACOMANO, 1995).

Além disso, o gerente deve considerar que, até as chefias mais antigas encontram dificuldades para se adaptarem às novas exigências, fato ilustrado na obra de

---

<sup>3</sup>Toro Restrepo (2000, p. 211) enfatiza que a atenção no setor de saúde é direcionada ao próprio serviço, e também aos recursos humanos e tecnológicos para a prestação dele, dando maior atenção ao médico com sua capacidade científica e suas habilidades terapêuticas; os hospitais se tornaram grandes centros das atividades da saúde e atenção às comunidades. Percebe-se assim uma mudança contínua das instituições hospitalares, frente às exigências da sociedade.

Vieira (1996). Sendo assim, os gerentes devem ter características competentes ao cargo, aliadas à criatividade e ao relacionamento humano, a fim de adquirir e moldar uma nova filosofia de gestão, obtendo resultados satisfatórios.

Entretanto, comentar resultados necessários para o sucesso das organizações é fácil em alguns momentos, mas, na maioria das vezes, dizer como fazer torna-se uma conclusão prática, por existir inúmeras opções de como agir.

Uma das maneiras de obter o sucesso das organizações, considerada por Neto e Terra (1998) é a necessidade de cultivar oportunidades para a gerência, que se compromete a lidar com o aumento da eficiência do sistema de saúde e com a geração de equidade<sup>4</sup>.

Com relação ao exemplo tomado sobre necessidade de cultivar oportunidades gerenciais, Caravantes (1993) completa afirmando que, o gestor deve assumir um "papel de clarificador da missão institucional, de definidor dos objetivos e metas relevantes a serem atingidos, das estratégias fundamentais para garantir a implementação do planejado, e ainda deve ter a capacidade de ouvir, comunicar-se e educar" (p. 110).

O gerente necessita enfatizar também que a melhoria contínua da qualidade é seu objetivo principal no processo de algum bem e/ou serviço, sendo alcançado pelo controle. Tal objetivo é imprescindível dentro de uma organização como o hospital, para o melhor atendimento e produção das atividades internas, direcionadas ao bem estar do ser humano.

Nesta mesma linha de raciocínio, tem-se que a qualidade no processo e nos resultados demanda trabalhadores, supervisores e gerentes que exerçam um trabalho persistente, e que se esforcem para o constante aperfeiçoamento, a fim de que todos vão além

---

<sup>4</sup> O conceito de equidade está bem estabelecido no direito internacional. A Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que o 'reconhecimento da inerente dignidade e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana é a fundação da liberdade, justiça e paz no mundo (BEDER, 2003, p. 2).

do que está planejado (CARAVANTES, 1993). Assim, para obter maior eficácia é interessante traçar os objetivos a fim de direcionar seus esforços.

É importante que gestores e colaboradores trabalhem com responsabilidade. Para isso, deve-se gostar do que se faz e, como resultado final, ter-se-á a qualidade desejada na organização ou até superá-la, mas, depende muito da quantidade de esforços e de valores que se dá ao serviço, somados à capacidade e à responsabilidade coletiva.

O novo gerente da área da saúde, apresenta-se com amplo conhecimento e habilidade nos assuntos relacionados à administração e à saúde, unidos à interação do contexto geral ao qual está inserido no compromisso social, motivando o grupo a buscar os mesmos objetivos, para que haja harmonia e motivação de todos os integrantes, na busca dos objetivos da organização hospitalar<sup>5</sup>.

Faz-se também necessário ao gerente discernir que características e estilos gerenciais possui, para estruturar suas ações e decisões favoravelmente, em sua equipe de apoio. Trata-se de trabalhar bem os valores que uma comunidade organizacional deve assimilar como cultura, mas que seja baseada em modelos mentais<sup>6</sup> flexíveis e com uma abertura à criatividade dos membros da equipe, principalmente por se tratar de uma prestação de serviços personalizada e com difícil padronização.

Percebe-se que o trabalho em equipe faz com que se encontre a qualidade no processo e nos resultados de uma forma mais acelerada e, para isso, o líder precisa confiar e delegar funções aos funcionários que, tendo autonomia para algumas decisões, podem agir mais.

---

<sup>5</sup> Ter um raciocínio sistêmico, como ressalta Senge (1990).

<sup>6</sup> Modelos mentais são idéias profundamente arraigadas, generalizações, ou mesmo imagens que influenciam nosso modo de encarar o mundo e nossas atitudes. (Ibid., p. 17).

E, no contexto de um hospital, um treinamento poderia proporcionar à equipe, algumas noções sobre todos os setores da instituição, o que é relevante por se tratar de uma organização com atividades diretamente relacionadas à saúde e vida do ser humano.

O hospital, sendo uma entidade de prestação de serviços, depende muito de seus recursos humanos para desenvolver suas atividades, que podem apresentar bom desempenho quando motivados, como em qualquer outra organização.

Desta forma, dentro de uma administração hospitalar, buscar ininterruptamente tal motivação, como complemento e integração destas buscas seria gratificante, principalmente por estar diretamente ligado às pessoas que desempenham os mais diversos papéis na sociedade, profissionais, clientes, parentes, visitantes, etc.

Müller (1995, p. 1) reforça este pensamento ao considerar que “o sucesso de uma empresa está determinado, principalmente pelo comprometimento de todos os integrantes [...]” e, “[...] todos os especialistas concordam que as pessoas representam o bem mais importante de uma empresa e acreditam que os funcionários têm um melhor desempenho quando dispõem de poder para agir” (Ibid., p.1).

Assim, o desenvolvimento da responsabilidade no grupo, considerada por Follett (1997) como responsabilidade coletiva, é importante e pode ser compreendida como o entrelaçamento das responsabilidades de cada um, não apenas a soma das responsabilidades.

Enfim, trabalhar em conjunto e em harmonia, percebendo se o seu trabalho se ajusta aos do grupo e se por acaso for preciso, realizar algumas modificações e levá-las em consideração para a eficácia dos objetivos.

Porém, Neto e Terra (1998) comentam que já foi formulado diversos diagnósticos que não foram colocados em prática, pois o setor de saúde está passando por dificuldades quanto a capacidade de manter a qualidade e eficiência de seus serviços.

Enfim, a maioria das organizações públicas de saúde encontram-se numa das grandes crises da história, onde os hospitais são as organizações mais atingidas (LIMA, 1996).

Desta forma, a crise que as organizações hospitalares estão passando e, sentida principalmente nas instituições de saúde pública, pode ser um dos fatores que limita a ação e a prática dos diagnósticos, pela escassez de recursos materiais e financeiros, realidade menor sentida nos hospitais privados por possuírem autonomia financeira ao cobrar por seus serviços prestados.

Por este motivo, o setor de saúde é diferenciado de outros segmentos do mercado, uma vez que presta serviços que geram interesses comuns, tanto ao setor público, quanto ao setor privado. Tais interesses são comparados a um bem privado ao se considerar, por exemplo, a troca de medicamentos entre produtor e consumidor, podendo ser público também, no momento em que se torna um direito de cidadania (PEREIRA, 1996).

A ação governamental, visando lucro do sistema capitalista, contribuiu com o aumento da desigualdade entre o setor privado e o público, mantendo este submisso ao sistema federal. Esta submissão faz-se por uma má distribuição dos recursos, sendo melhor visualizados os investimentos em regiões de maior concentração de renda, em contraposição às regiões periféricas com desenvolvimento limitado nos serviços de saúde, sendo estas atendidas por entidades filantrópicas (COHN et al., 1991).

Esta situação ocorre porque nas regiões de menor concentração de renda, torna-se inviável a implantação de um setor de saúde privada por não gerar lucro e, dentro da presente realidade, prevalece o fato de que os hospitais públicos estão em fase de sucateamento com insuficiência quanto à sobrecarga de serviços, como explica o autor acima citado.



Mas, mesmo o hospital estando ligado ao setor público, na maioria dos casos, não quer dizer que ele deva “estacionar no tempo”. É necessário que ele trabalhe para ser uma organização eficiente, independente de ser privado ou público, principalmente por ser de suma relevância à manutenção do sistema de saúde como um todo (CARVALHO, 1995).

Se, a importância social que as instituições de saúde públicas e privadas possuem estiver clara para os profissionais de saúde, conseqüentemente terão consciência do que preconiza a Constituição Federal para garantir o interesse e a necessidade, no que diz respeito à saúde da sociedade, com cidadania, fazendo cumprir o seu papel principal através da Legislação do SUS, que estabelece diretrizes sobre o direito à saúde.

Assim, os gerentes e todos os indivíduos que de alguma forma, estão ligados à organização, devem empenhar-se para este fim, buscando alternativas, se possível até independentes do sistema para reverter ou amenizar essa situação negativa que o hospital público possui.

Em contrapartida, observa-se

a procura de um maior controle dos hospitais privados, em estímulo à produção do setor público e ênfase no atendimento ambulatorial, sem alterar, na sua essência, o modelo assistencial historicamente prevalente (FRANÇA, 1998, p. 91).

Fator este que encarado positivamente, pode ser usado como ferramenta para a organização que tenha um espírito em busca de uma aprendizagem e uma melhoria contínuas, sendo de melhor benefício à instituição pública, já que o controle está sendo feito no hospital privado.

Para chegar a esse patamar, a gerência deve estar se qualificando continuamente, uma vez que se percebe uma carência quanto à capacidade de enfrentar as demandas e barreiras a que se depara.

A gerência tem a necessidade de traçar o papel do hospital de acordo com a realidade de sua região, seus valores e recursos disponíveis, de forma a fazer com que o

hospital tenha progresso, realizando o seu papel social, de acordo com as carências da saúde de sua comunidade.

Diante de todos esses fatores, torna-se interessante conhecer o estilo e a característica da função gerencial de uma instituição hospitalar pública que com certeza, deve ser diferenciada de muitos hospitais privados, que não se deparam com tamanha dificuldade de sobrevivência, como a que as organizações públicas de saúde estão passando.

Portanto, para o estudo destas características de gerência, foi escolhido o Hospital Universitário de Santa Catarina, pelo maior acesso às informações necessárias ao enriquecimento deste trabalho, uma vez que, o mesmo foi desenvolvido nesta Universidade para responder o seguinte problema de pesquisa: **Que funções gerenciais são desenvolvidas pelos gestores no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina?**

### **1.1 Objetivos da Pesquisa**

Para responder a pergunta de pesquisa este trabalho tem como objetivo geral **analisar<sup>7</sup> as funções gerenciais nos níveis estratégico, tático e operacional<sup>8</sup> no Hospital Universitário da UFSC, na percepção de seus dirigentes.** E, para o alcance deste objetivo geral, selecionou-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever e refletir as funções gerenciais contidas no Regimento Interno do Hospital Universitário da UFSC,

---

<sup>7</sup> A palavra analisar, neste contexto, refere-se a um estudo crítico com relação aos dados levantados, um exame minucioso das funções gerenciais.

<sup>8</sup> As palavras estratégico, tático e operacional são de origem militar e correspondem respectivamente a: planejamento e execução de operações para alavancar objetivos; fazer realizar algo em resultado de trabalho próprio, de esforço próprio, executar, produzir; manobrar forças (FERREIRA, 1995).

- Identificar as funções gerenciais realizadas no Hospital Universitário da UFSC, na perspectiva dos gestores,
- Comparar e apresentar uma reflexão crítica das funções gerenciais encontradas no hospital, com o Regimento Interno e o referencial teórico.

## 1.2 Justificativa

A velocidade com que o mundo está caminhando, nestes últimos tempos, vem fazendo com que haja grandes mudanças que chegam de forma invasiva na vida das pessoas e nas organizações, forçando-as a se modificarem também, para a garantia de sua sobrevivência<sup>9</sup>.

É perceptível tais mudanças ambientais por toda a parte. Sendo assim, as organizações hospitalares não poderiam estar de fora, bem como todo o seu conjunto, formado pelos recursos humanos, tecnológicos, financeiros e outros, que se deparam constantemente com a necessidade de mudança e adaptação acelerada.

Tal fato ocorre mediante um processo composto por multiníveis que interagem da melhor forma possível, levando em consideração os interesses do indivíduo juntamente

---

<sup>9</sup> Esta realidade é extremamente preocupante, pois as coisas estão cada vez mais se distanciando de suas bases permanentes para um mundo globalizado, capitalista e revolucionado pela tecnologia. Tal fato causa uma forte influência na natureza humana que vive em eterno fluxo, provocando a necessidade de se comportar de formas diferenciadas e de acordo com cada situação que se depara frente a sociedade, o que se dá pela relação de interesses que cada indivíduo social apresenta, que só pode ser concretizado mediante a obediências de regras impostas por tal sociedade em questão e que ainda podem ser mudadas a qualquer momento. Sendo assim, pode-se perceber que neste mundo atual não há como tornar-se algo, uma vez que, estudos demonstram que o padrão, as demandas, os valores e regras sobem gradativamente ao patamar, fazendo com que a pessoa busque cada vez mais alcançar seus interesses submetendo-se a “dançar conforme a música” para permanecer na sociedade. Assim, pode-se concluir que é impossível para o indivíduo agir conforme suas próprias vontades e desconsiderar as regras contratuais que proporciona o seu ingresso na sociedade contagiada de interesses competitivos, o que leva a crer que para se incluir numa sociedade e ainda permanecer na mesma, deve-se abraçar comportamentos que, nem sempre são o que se deseja ter, mas que se suporta mesmo insatisfeito a fim de sobreviver no mundo (Síndrome Comportamentalista) (RAMOS, 1981).

com os interesses do grupo que este pertence, o que implica, portanto, num resultado integrado, através de um consenso coletivo.

Pereira (2000) comenta que os fatores afetam diretamente as características organizacionais, que também recebem forte influência da gerência através de suas atitudes, valores e crenças, que se evidenciam no momento de “interpretar o ambiente real da organização”, tendo a

responsabilidade tanto de identificar quanto de resolver os problemas e, por meio das percepções, a coalizão dominante decreta ou cria o meio ambiente relevante da organização. Portanto, a organização responde amplamente aquilo que sua administração percebe (p. 86).

Cabe salientar que, o gerente não deve administrar da forma que lhe agrada como pessoa física, mas da forma que melhor atende os objetivos da organização, garantindo a sua sobrevivência e crescimento no mercado, através do direcionamento correto, sendo capaz de torná-la competitiva<sup>10</sup>.

Neste mesmo pensamento, Penteado (1986) ilustra que o líder deverá ter o conhecimento técnico e a capacidade humana necessária para relacionar seu produto e sua empresa com o ambiente total, descobrir o que é significativo nele e levá-lo em conta em seus atos e decisões [...]. Terá que aprender a ver cada vez mais novidades econômicas, políticas e sociais em escala mundial e integrar as tendências do mundo em suas decisões pessoais.

Em suma, o gerente deve ser flexível e ter amplo conhecimento para se adaptar rapidamente às mutações do mercado e, principalmente descobrir suas próprias características para o seu potencial no dia-a-dia, pois Hatakeyama (1995) salienta que “os ideais são altos e o caminho é longo e difícil, mas o gerente deve, em primeiro lugar, examinar-se friamente para descobrir suas falhas, vencê-las uma a uma e continuar uma resolução constante dentro dele mesmo” (p. 205), à luz de referenciais teóricos.

---

<sup>10</sup> O gerente deve ser flexível com seus modelos mentais.

O gerente hodierno é valorizado pelo conhecimento e potencial que possui de crescimento e mudança no futuro, mesmo que esteja em um baixo nível, pois pode ter oportunidade de crescer, uma vez que em tempos atuais e de constantes transformações, é dado maior ênfase à auto-reforma dos gerentes inovadores e criativos.

Para isso, deve-se interar primeiramente ao estilo de gerência que se aplica ao perfil de determinada pessoa, organização e/ou situação capaz de melhor influenciar tanto o ambiente interno, quanto o externo, adaptando à partir daí a interação entre todos os indivíduos da empresa, que no caso é o hospital, objetivando a maior flexibilidade possível às alterações ambientais ao ponto de rever até as funções gerenciais e o estilo de gerência, caso necessário.

Neste sentido, foi escolhido o Hospital Universitário da UFSC para o estudo devido ao desconhecimento das funções gerenciais e do estilo de gerência utilizado, uma vez que ele apresenta uma complexidade quanto às divisões de cargos e suas múltiplas atuações, como o ensino, a pesquisa e a assistência que atende os usuários apenas pelo SUS, o que desperta curiosidades quanto às suas funções gerenciais.

Ao analisar o Hospital Universitário da UFSC, foi aprofundado os conhecimentos sobre as características que envolveram a função dos gerentes, esperando contribuir teoricamente com a literatura escassa do assunto, mediante a descrição destas funções.

Para a prática, esta pesquisa pretende ser relevante no sentido de contribuir não apenas no conhecimento das funções de seus gestores e “limitações” na gerência deste Hospital, analisando até que ponto deve-se desencadear novos modelos de gerenciamento em busca do progresso nas atividades gerenciais da instituição, como também alimentar a formação dos cursos de administração, dando “feedback” à academia sobre o que ensinar em cursos de especialização.

## **2 UM REFERENCIAL TEÓRICO**

Para iniciar a pesquisa foi construído um suporte teórico neste capítulo com base em distintos autores de forma a melhorar o empenho e análise do trabalho em questão. Em virtude disso, tem-se um tópico inicial sobre o sistema de saúde, desde a sua evolução à sua implantação, acompanhada de crises e obstáculos.

Em seguida será comentado sobre o hospital, como sendo um subsistema da área da saúde; dando base, através da exposição ao seu significado, sua evolução, suas diferenças e conflitos, dentre outras colocações, para a compreensão do Hospital Universitário, em especial o da UFSC.

E, prosseguindo o estudo discorre sobre a gerência, que se divide em sub-ítem, abordando as habilidades gerenciais, suas funções fundamentais, e os estilos de gerência finalizando com algumas considerações sobre a gerência hospitalar, para obter um melhor conhecimento do assunto e assim, poder proporcionar uma melhor compreensão da gerência no hospital público e universitário da UFSC.

### **2.1 O Sistema de Saúde**

A saúde brasileira, antes de vigorar a Constituição Federal de 1988, era uma área em que poucos podiam ter acesso de maneira digna por não ser considerada direito de todos.

Assim, a Assistência Médica existente era um privilégio para aqueles que podiam pagar ou que contribuíssem com a Previdência Social. Os que não se enquadravam em nenhuma dessas categorias, chamados de indigentes ou carentes, eram atendidos pelos

Hospitais Universitários ou Governos Municipais e Estaduais (LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS, 2001).

Porém, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, se preocupava apenas com problemas mais graves que pudessem atingir a União, contando com os centros e postos de saúde para atividades de imunização e atendimento às emergências, tudo dentro de uma medicina curativa (CASTELAR, 1995).

No “modelo oficial da saúde”, deste período anterior à Constituição, os médicos cobravam pelos serviços prestados e existia má distribuição de hospitais que se viam concentrados em grandes centros. Apesar de ser uma época com maior recursos na Previdência Social, as unidades públicas, excluídas do sistema de saúde, ficaram em condições crescentes de precariedade (LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS, 2001).

Inicialmente, houve “a fusão de vários Institutos constituindo-se o chamado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)” (CASTELAR, 1995, p. 39), que deu lugar a um sistema centralizado no final da década de 70, sendo apenas hospitalar, coordenado e financiado pelo Governo, denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Assim, os acontecimentos deste período se caracterizaram por várias tentativas de “universalização do acesso aos cuidados de saúde” (Ibid., p. 39), que no final deu origem ao Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Com esse sistema, o Governo Federal, pôde descentralizar a assistência de saúde para os Estados e Municípios, criando convênios com ambos e repassando recursos, que possibilitou um planejamento mais integrado entre as instituições públicas de saúde (LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS, 2001).

Com o objetivo de cuidados de saúde primários, o SUDS foi dando oportunidades para novas reformulações por meio de sua operacionalização, na busca de padrões almejados pelos organizadores, das necessidades da sociedade e do aperfeiçoamento no processo.

As reformulações que surgiram através do SUDS deram base à elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) (CASTELAR, 1995), inscrito na Constituição de 1988 e regulamentado em 1990 pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) n. 8088 e n. 8142 que perduram até os dias atuais.

#### Segundo a Legislação Básica do SUS (2001, p. 6)

o SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas de serviço público.

E, seus princípios, conforme a LOS n. 8080/90 são:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;



XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Ibid., p. 23).

Tais princípios podem ser resumidos em três principais que é a universalização no atendimento, a equidade no acesso e a integralidade dos serviços (CASTELAR, 1995).

Porém, verifica-se que o serviço de saúde pública, mesmo seguindo este modelo, ainda se encontra numa situação insuficiente e falha no atendimento da sociedade, tendo uma baixa qualidade, por “não se cumprir o que está na constituição, devido a problemas econômicos ou de governo” (Ibid., p. 41).

Por este motivo é que se faz necessário a existência do controle social, como um dos princípios, pois assim a instalação do SUS no Brasil pode ocorrer de fato, sem deixar uma minoria se levar por interesses pessoais.

Esse controle social, é realizado pelo Conselho de Saúde. Ele é definido como “órgão colegiado” na LOS n. 8.142/90. Seus membros são “do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários” que trabalham no controle da política de saúde e na elaboração de estratégias, que são aprovadas pelo governo de cada esfera, em prol do melhor desenvolvimento do SUS, com base em seus princípios e na realidade da comunidade de cada Conselho.

Tais conselhos devem ser paritários, pois assim evita-se a supremacia de um segmento sobre outro e, em especial, o predomínio de setores governamentais, que mascarariam a função destes conselhos. O resultado desta ação seria a consolidação do sistema por meio da população, do governo, dos usuários, dos diversos prestadores de serviços e trabalhadores da sociedade.

Mesmo com o controle social, com essas normas e princípios, Faria (1995) aponta um outro fator que envolve o processo do sistema de saúde, em que ao invés deste

sistema investir na qualidade do seu serviço, acaba considerando este ponto negativo e ainda, aumentando o número de instalação.

Tal episódio ilustra um certo equívoco dos responsáveis pelo sistema, pois sabendo de suas insuficiências, insistem em implantar mais unidades, que possivelmente geram maior custo do que se estivessem investindo na qualidade do sistema. Tal realidade pode ser comparada a “uma queima” dos recursos financeiros arrecadados da população.

O que se percebe é que existe uma carência quanto à capacitação dos recursos humanos, em especial dos gestores de saúde, associada à escassez de tecnologias e recursos necessários ao atendimento de graves problemas, que possam surgir inesperadamente.

E, mesmo percebendo a insatisfação do desenvolvimento das atividades da saúde, o Governo ainda permanece com uma ação tímida, agravando mais o sistema de saúde a cada dia.

O pouco financiamento do setor de saúde, também piora ainda mais o problema quando se olha adiante e se percebe o quanto o sistema está ficando obsoleto, em meio a tanta velocidade e diversidade de evoluções tecnológicas.

Este é o reflexo de um país capitalista que tem a saúde como um produto a ser comercializado e que traz um lucro considerável se for bem trabalhado dentro de sistemas de saúde privados, não se preocupando com os princípios e com o atendimento digno que toda população deve ter, como estabelece o SUS.

O sistema de saúde privado, surgiu praticamente em paralelo ao sistema público, na década de 70. Nesta época já se percebia a não preocupação com a qualidade assistencial, aliada à vantagem de obter melhor atendimento e maior conforto com os planos privados.

O resultado deste cenário foi um investimento no mercado por grandes empresas de convênios que passaram a vender seus serviços, chegando a 80% de suas vendas para empresas que repassavam a seus funcionários e, 20% às pessoas físicas (RÉGIS, 1998).

Faria (1995) enfatiza esta problemática comentando que a saúde e/ou a doença é como um bem no mercado, apresentando boa qualidade na assistência somente para as pessoas capazes de adquiri-lo, fato que exclui a maioria dos brasileiros e não coloca em prática o Art. 196, onde a saúde é direito de todos e um dever do Estado.

Atualmente, o Governo brasileiro tem mudado as leis que dizem respeito ao sistema de saúde privado, visando melhores condições aos usuários, mas também repassando responsabilidades que antes estavam sobre a União. Como exemplo, temos uma lei que obriga os planos privados a cobrirem internações na UTI, por tempo integral, enquanto que antes, cobriam-se apenas um dia por ano.

Além disso, percebe-se que a rede privada é sustentada pelos convênios oriundos do SUS, aproveitando o seu espaço ocioso e baixo índice de internação. A CPMF, também é uma das formas que o governo utiliza para repassar suas responsabilidades com a saúde para a população brasileira.

Serviços prestados pelo sistema público a usuários de convênios particulares, deverão ser financiados pelo plano também, visando economizar cerca de um bilhão dos cofres públicos (RÉGIS, 1995).

Para aumentar essa economia e melhorar a qualidade dos serviços, há um forte crescimento quanto à descentralização do SUS, distribuindo as responsabilidades. A Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS), publicada em 1997, apresenta estratégias que melhor operacionalize o sistema, tendo como finalidade o pleno exercício de atenção à saúde

dos municípios com relação à sua população e redefinindo as responsabilidades que compete a cada gestão (Federal, Estadual e Municipal).

Assim, o município é considerado o responsável imediato pela saúde de seus moradores, fato que proporcionou melhorou a qualificação de seus profissionais em diferentes áreas, após a propagação desse mecanismo (NORMA OPERACIONAL BÁSICA, 1997).

Apesar de gerar uma grande responsabilidade para os municípios, pode também ameaçar o SUS, uma vez que cada gestão municipal de saúde cria sua forma de dirigir. Deve-se prevenir a divisão, buscando a harmonia e a integração desses diferentes modelos de gestão. A NOB, se encarrega desta padronização, levando em consideração os vários modelos em busca da formatação de uma gestão plena (NORMA OPERACIONAL BÁSICA, 1997).

A relação intermunicipal é uma constante, mesmo com a descentralização. Tal realidade é explicada pela variedade e complexidade existente quanto aos serviços de saúde. Assim, quando um serviço não pode ser oferecido por um município, o gestor deste, se relaciona com o gestor de outro município, capaz de sanar a necessidade.

E, esta relação acontece nos diferentes níveis: municipais, estaduais e federais, de acordo com a complexidade em questão, ou seja, a União é responsável pelo Estado que é responsável pelo Município.

A experiência com a NOB, trouxe um novo complemento que aperfeiçoa e descentraliza mais o sistema, a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2002. Ela aumenta as responsabilidades dos municípios quanto à assistência de saúde e, “define o processo de regionalização da assistência” (LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS, 2002, p. 79), traçando meios que fortaleça o SUS.

Como se pode verificar na Legislação Básica do SUS (2002), a NOAS-SUS não só proporciona uma maior integração entre os três níveis de governo, como também transfere ao estado e, em proporções bem maiores aos municípios, responsabilidades que antes eram da União, caracterizando-se como uma descentralização intensa.

Portanto, há uma grande ênfase na regionalização, no propósito de tornar o maior número de territórios municipais, capazes de atender em todos os níveis de necessidades, fato que é considerado primordial no avanço do processo, aliado à organização funcional, para melhoria da qualidade assistencial a um menor custo.

Refletindo sobre o SUS, torna-se possível compreender o contexto da evolução das organizações de saúde públicas e privadas, que tiveram forte influência deste sistema, como pode ser conferido no próximo tópico sobre o hospital e sua história.

## **2.2 O Hospital: um estabelecimento assistencial de saúde (EAS)**

Ao estudar o conceito e a evolução do hospital, percebe-se que existem diversas definições destacadas por autores de épocas e idéias distintas, mas que indiretamente mantêm uma certa relação, como se pode verificar no decorrer deste tópico.

Partindo do significado da própria palavra hospital, tem-se que ela é originária do latim *hospitalis*, que em português quer dizer hóspede ou convidado. Desta forma, inicialmente, “os hospitais eram um lugar destinado ao abrigo, ou entretenimento de convidados ou desconhecidos” (JOHNSON, SCHULZ, 1979, p. 43).

Historicamente, suas funções “refletiam sua missão como instituições caritativas para refúgio, pensão ou instrução dos necessitados, idosos, enfermos ou pessoas jovens” (Ibid., p. 43) existindo para servir.

Castelar (1995) tem uma definição um pouco diferenciada, pois ela considera como hospital

o estabelecimento cuja finalidade básica é o atendimento assistencial em regime de internação, sem que isto exclua o atendimento ambulatorial. As atividades são de prevenção, terapêutica, reabilitação, ensino e pesquisa.

No Manual de Acreditação Hospitalar (1998) o hospital já está definido como:

todo estabelecimento com leitos, independentemente de sua denominação, dedicado à assistência médica, em forma ambulatorial e por meio da internação, seja de dependência estatal, privada ou do Seguro Social, de alta ou baixa complexidade; com fins lucrativos ou não, declarados nos seus objetivos institucionais; aberto a toda comunidade de sua área de captação ou com sua admissão limitada para um único setor. (p. 20)

Outro conceito existente é que o hospital é “uma estrutura viva, com alto dinamismo operacional e ritmo intenso” (CARVALHO, 1995, p. 138) composto de grandes diversidades de aspectos. Em seu interior, existem inúmeros setores que poderiam sobreviver fora dele, mas cada um envolve aspectos específicos desta organização, tendo assim que enfrentar diversos problemas relacionados à saúde.

Assim, os hospitais estão dentre as mais complexas e dinâmicas instituições de nossa sociedade. Isso se dá pelo fato de existir uma gama de atividades, sendo personalizadas a cada tipo de paciente e/ou situação.

Ao contrário do que muitas pessoas pensam, o hospital já existia bem antes da era cristã. Trevizan (1988) faz um apanhado histórico e comenta em seu livro que, pouco antes de Cristo, a administração era rudimentar, onde a pessoa que tinha maior experiência era o líder, em se tratando da organização hospitalar. Algumas pessoas da civilização preocupavam-se com a especialização do trabalho medicinal do líder, que era considerado como o médico na época.

A função do hospital era de apenas abrigar pessoas doentes que estavam em fases terminais, visando amenizar o sofrimento e prepará-las para a morte. Nesta época, eram os religiosos quem cuidavam dos doentes, sendo responsáveis por eles.

Com isso, os hospitais foram construídos ao lado das igrejas e sua manutenção foi confiada à caridade comunitária, tendo como meta mais recente o tratamento e a cura de doenças, idéia que surgiu em torno de 1780 (FOUCAULT, 1980).

Ao estudar esta evolução, percebe-se então que o hospital medieval era como uma instituição do clero em que o cuidado medicinal ficava em segundo plano. No século XVI, acontece uma substituição deste tipo de hospital para um voltado às metas sociais, atendendo aos doentes e aos necessitados também, pois os mais estruturados financeiramente eram atendidos em suas residências tendo relação apenas com o médico privado, sem vínculo com o hospital.

Landmann (1984) acredita que haviam médicos e curandeiros também, que praticavam a medicina baseados em conhecimentos naturais, sendo estes desvinculados dos hospitais. Os vinculados seriam os monges que até aprendiam nos mosteiros as técnicas medicinais que eram aplicadas fora dos limites de suas moradias, conforme as pessoas os solicitavam.

No período da Renascença, surge gradativamente a desvinculação dos hospitais com a religião, tornando-se uma instituição social com responsabilidade integral do Estado. E tem-se, no século XVII, uma certa preocupação quanto à forma de construir o hospital e o estilo para o arranjo dos serviços dentro do edifício, de forma a não fazer com que a área de lixos, por exemplo, fosse alocada próximo aos leitos dos pacientes, etc (FOUCAULT, 1993).

Tal preocupação para com a distribuição interna do espaço e do serviço ocorre pelo nascimento da valorização dos componentes da natureza na saúde do paciente, uma vez que as suas condições têm grandes influências no tempo de recuperação do mesmo (FOUCAULT, 1993).

Outro fator importante na influência desta mudança foi a intenção do governo em economizar mais com relação aos materiais e à mão-de-obra despendida na organização interna do espaço.

O hospital teve um crescimento acelerado devido ao desenvolvimento da urbanização. Assim, o índice de mortalidade cai e ao mesmo tempo surgem novas técnicas de laboratório fazendo com que as pessoas acreditem mais no hospital, como salienta Trevizan (1988).

Para a autora, este foi o momento em que os indivíduos que tinham atendimento a domicílio passaram a utilizar a organização hospitalar para o seu diagnóstico e tratamento, ficando internados em um local privativo do hospital, longe dos indigentes.

Surge após esse momento a necessidade de novas equipes de apoio oferecidas por alguns grupos, sendo um deles caracterizados como os enfermeiros, de modo a colaborar no atendimento da grande demanda que começa a surgir.

Com o aumento considerável na quantidade de pacientes, a instituição torna-se insuficiente, a ponto de um doente ter de dividir o leito com outro, cresce também a falta de higiene e o mau cheiro no ambiente.

Daí destaca-se de uma forma impressionante, uma das integrantes deste novo grupo especializado, tornando-se mais tarde uma pioneira na administração hospitalar, a enfermeira Florence Nightingale. Ela percebe a necessidade de aplicar funções administrativas na organização hospitalar, tendo muito sucesso em suas atividades, melhorando assim a eficiência e a qualidade do ambiente que se encontrava precário (TREVIZAN, 1988).

Esta enfermeira, Florence Nightingale, teve um importante papel introduzindo os primeiros passos para a implantação da administração científica (Taylor e Fayol) dentro do



hospital, devido à transação financeira e cobrança de serviços prestados às pessoas, que faz com que ele tenha grande valor econômico.

Além disso, para funcionar de forma eficiente, deve ser organizado e administrado cientificamente, pela sua complexidade, fato que tende a uma administração burocratizada e centralizada com decisões localizadas na administração superior, somada ao gerenciamento e controle das ações rigidamente e à uma estrutura antiga (TREVIZAN, 1988).

Durante a evolução do hospital, houveram algumas contribuições que o impulsionou ao progresso e, o Colégio Americano de Cirurgiões, com seus conhecimentos, foi um destes colaboradores ao implantar a padronização baseada na administração científica.

Na visão de Trevizan (1988), a padronização é uma técnica que ao ser aplicada, faz com que o hospital consiga oferecer uma ótima hospitalização em qualquer fase ou período, sendo ferramenta favorável à correção de falhas e uniformização das tarefas nos setores da instituição.

Verifica-se que a chegada do século XIX vem acompanhada de diversas descobertas químicas e biológicas, que unidas à inovação tecnológica e ao surgimento das clínicas como nova fonte de trabalho para os médicos, acabaram alterando a forma de trabalho dos mesmos, bem como a sua relação com os doentes (SELEME, 1988).

Desta forma, o hospital é atingido, tendo que contar mais uma vez com novos profissionais de saúde, os especialistas, no caso, já que o médico não poderia mais se dedicar como antes à instituição, por ter que dividir sua energia e atenção, com dois campos de trabalho, conforme Seleme (1988).

Neste período, o hospital tem uma profunda alteração na rotatividade e formação de seu pessoal, onde o médico passa a apenas diagnosticar a doença e o tratamento fica nas mãos dos enfermeiros, que permanecem mais tempo no hospital, tendo que ampliar

seus conhecimentos e relações com os pacientes. Com isso, esta mão-de-obra torna-se indispensável à manutenção da instituição e recuperação do paciente.

Portanto, em dois momentos da evolução hospitalar, pôde-se perceber a necessidade de apoio de especialistas das áreas de saúde. No primeiro momento, devido à grande demanda e saturação das instalações hospitalares e, no segundo, por motivos de evolução e novas fontes de assistência à saúde, em que clínicas são como “empresas” destes médicos empreendedores, que optaram por mais de uma atividade.

No Brasil, a evolução dos hospitais ocorreu à partir de Santas Casas, sendo a de Misericórdia, em Santos – SP, considerada como a pioneira das organizações hospitalares. Seu modelo era “baseado na proposta de outros hospitais europeus, que viam a tarefa do hospital mais como uma atividade religiosa do que uma atividade médica propriamente dita” (CASTELAR, 1995, p. 42).

Com o tempo, as Santas Casas passaram a assumir esta atividade como atendimento à saúde das pessoas colocando-se por fim, totalmente aos cuidados dos médicos e líderes políticos. Tal período é lembrado juntamente com a modernização tecnológica, na área da medicina e com o modelo médico americano do pós-guerra.

No que se refere à classificação do hospital por tipo, ele pode ser geral ou especializado. A primeira classificação é quando ele se destina ao atendimento de pacientes de várias especialidades, podendo ser limitado em um grupo etário, ou da comunidade, ou até mesmo ter finalidade específica. Já a segunda classificação refere-se ao atendimento de apenas uma espécie de patologia (RIBEIRO, 1977).

Contudo, Castelar (1995) acrescenta também o hospital não especializado, na classificação dos hospitais. Este tipo de hospital não especializado se diferencia do especializado por possuir mais de uma peculiaridade, mas não priorizar nenhuma delas.

Fica assim caracterizado que o primeiro conjunto de hospitais, como resume Barbosa e Lamy (1995, p. 135), foram “de tipo asilar [...] organizados por patologia [...] eram de grande porte, pequena complexidade e diversidade assistencial, mas com grande autonomia”.

Castelar (1995) completa as classificações, com o hospital considerado misto, possuidor de poucos leitos e devido a isso, melhor identificado com o ambulatório; o hospital previdenciário,

estruturado por instituto, identificado por agrupamento profissional, sendo de médio e grande porte com complexidade média elevada e, atendendo uma clientela específica, até o final da década de 80 quando seu acesso é universalizado” (p. 42).

Esta organização vai evoluindo, dia após dia no país e, surge então, os Hospitais Universitários e o da Previdência Social destacadamente, acompanhados de outros tipos. Só que tal evolução, ocorre mais por necessidades florescidas a partir de interesses políticos do que para atender a demanda de saúde da nação.

O Hospital Universitário que se encontrava nesse grupo, ficou com a responsabilidade de atender a população mais carente e, que nem estava incluída no planejamento financeiro do país, como já foi comentado no tópico anterior.

Por fim, tem-se o grupo de “pequenos e médios hospitais, municipais ou estaduais” (BARBOSA, LAMY, 1995, p. 135) geralmente com média complexidade em que alguns se dedicam a situações de emergência.

A administração científica no Brasil, foi introduzida dentro do hospital em pequenos blocos, mas nas indústrias, esta modalidade de administração já existia a um bom tempo.

Com essa introdução da administração científica no hospital, surge conseqüentemente a “padronização hospitalar”, que por sua vez consiste em normas para a realização das atividades internas de modo a aumentar sua qualidade e perfeição.

Percebe-se então, a burocratização do hospital, que pode ser considerada uma administração de racionalidade instrumental<sup>11</sup> e de eficiência, baseada na burocracia. O hospital brasileiro, assim como outras organizações de saúde, passa pelo mesmo processo de evolução, diferenciando-se apenas em sua época de implantação.

As instituições de saúde, num sentido geral são “burocracias profissionais”, cujos hospitais são os que mais se identificam dentro desta característica, por dependerem de pessoas que o coloquem para funcionar (FRANÇA, 1998).

Este argumento é considerado como tal pela percepção que se tem de um hospital, onde a burocracia obedece ao grau de poder oferecido através do conhecimento técnico, ao invés de ser pela posição hierárquica.

No século XX, o hospital foi marcado por um grande desenvolvimento, devido ao rápido e diversificado avanço da tecnologia médica, com relação ao estudo das doenças e da variação das especialidades médicas. Esta modificação é sentida se comparar o passado com a atualidade.

Antes o médico carregava todas as ferramentas necessárias ao atendimento de seus pacientes em uma maleta, hoje seu local de trabalho se restringe mais aos hospitais, por concentrar maior número de aparelhagens modernas e que podem ainda, serem manipuladas por um profissional qualificado (TREVIZAN, 1988). Neste sentido, tem-se uma melhor precisão na análise de doenças e conseqüentemente um melhor diagnóstico e tratamento da enfermidade.

Entre as décadas de 30 e 50, a função do hospital era de disponibilizar um espaço dentro da instituição para que os médicos pudessem realizar a medicina curativa.

---

<sup>11</sup> Racionalidade instrumental diz respeito a qualquer conduta, acontecimento ou objeto, na medida em que este é reconhecido como sendo apenas um meio de atingir uma determinada meta. A influência ilimitada da racionalidade funcional sobre a vida humana solapa suas qualificações éticas (RAMOS, 1981).

Neste período, houve uma explosão de grandes conhecimentos de uma forma acelerada, bem como o aumento de serviços de diagnósticos e tratamentos, resultando na proliferação da especialização.

Portanto, do início dos anos 60 até os anos 70, tem-se o hospital comunitário, sendo este comparado a um centro de saúde prestador de serviços para a comunidade, mas com o apoio de uma equipe de profissionais da saúde, deixando de ser apenas um local de trabalho para os médicos.

Atualmente, pode-se dizer que todas as funções que passaram pela evolução da instituição de saúde continuam a existir, portanto são cumulativas, tendo como missão primordial, tratar patologias do ser humano. A partir deste pressuposto, o administrador torna-se responsável e tem a obrigação de assegurar que as necessidades dos pacientes sejam atendidas (CASTELAR, 1995).

Outras funções podem ser apontadas para o hospital, além das que foram expostas, pois Baumgratz et al. (1972) salientam que esta instituição tem por finalidade:

a) prestar assistência médico-hospitalar àqueles que dela necessitarem, dentro de modernos padrões técnico-científicos; b) proporcionar meios para o aperfeiçoamento de médicos, enfermeiros e outros profissionais e estudantes relacionados a assistência médico-hospitalar; c) realizar e proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas; d) concorrer para a promoção da educação sanitária; e) promover a reabilitação do incapacitado físico (p. 41).

Se for analisar na prática, alguns hospitais não abrangem todas estas funções, pois dependendo do tipo de organização, não é viável para o mesmo. Tomando o item “c” , como exemplo, chega-se à conclusão de que sua existência se dá dentro de um hospital-escola, na maioria dos casos<sup>12</sup>.

Johnson e Schulz (1979) vêm corroborar com este pensamento, através de exemplos de outros hospitais. Os autores comentam que as funções do hospital variam de

---

<sup>12</sup> Existem hospitais que trabalham com pesquisa científica para o próprio crescimento.

acordo com o tipo de hospital, como exemplo aponta o hospital comunitário beneficente, que serve a comunidade diagnosticando indigentes.

Antes ele tinha essa função com o objetivo de cuidar do paciente indigente de modo a não oferecer riscos de contaminação ao resto da comunidade, hoje mudou um pouco, oferecendo materiais clínicos para o ensino médico, tendo como um dos objetivos, o ensino e o serviço à comunidade.

Em suma, pode-se dizer por intermédio das definições apresentadas que o hospital é uma instituição destinada à cura dos doentes da sociedade, através de internações, para o diagnóstico de patologias que exigem cuidados constantes e, através de ambulatorios para enfermidades com menor gravidade, podendo variar quanto ao seu tipo, tamanho e complexidade, sendo esta variação diretamente relacionada aos três fatores.

Diante de tanta inovação tecnológica, o hospital está sofrendo pressões quanto à definição de sua função. Assim, tem-se uma nova forma de prestação de serviços a apontar no horizonte da economia atual, onde o hospital passa a se tornar uma parte especializada, do sistema de saúde, destinado apenas à internação e tratamento, dentro da organização, de pacientes em estado grave e que necessitem de cuidados constantes e delicados.

Esta nova visão está dando origem à tendência da internação domiciliar, ou seja, a “desospitalização gradual” que faz com que o hospital se torne bem mais complexo e com maior qualificação profissional, conforme Grabois (1995) analisam.

Alguns estudiosos concluíram que este novo olhar do hospital colabora para com a restauração do paciente de uma forma mais acelerada e eficiente, uma vez que ele permanece em seu ambiente e ao lado dos familiares.

Contribui também para uma economia financeira, pois o paciente deixa de usar as instalações do hospital, consideradas como um serviço de hotelaria, sem falar na vantagem

de evitar internações desnecessárias de pessoas diante de uma enfermidade, que possa ser diagnosticada dentro de sua residência, apesar dos hospitais apresentarem ótimos serviços de internação (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

No ponto de vista de Polak et al. (1998), a internação domiciliar apresenta a vantagem também de haver maior contato humano, ficando o tratamento mais informal, onde o enfermeiro tem oportunidade de interagir com os familiares, trocando informações referentes ao cuidado especial do paciente, conforme a enfermidade que o mesmo adquiriu, fato que não existe quando a internação se dá no estabelecimento.

Este tipo de serviço vem demonstrando uma outra característica do hospital, que está sendo muito valorizada nos contatos com os pacientes, que é a humanização dos hospitais<sup>13</sup>, característica freqüente no pós-modernismo e que está surgindo em várias regiões.

Ao analisar a presente característica, percebe-se que ela se torna imprescindível dentro do hospital, simplesmente pelo fato do mesmo ser um organismo vivo, onde o profissional, a matéria-prima “cliente”, o sentimento, o produto final “saúde”, a satisfação e outros derivados, são fontes do ser humano, que estão se interagindo a todo momento dentro desta “empresa da saúde”, ou seja, todas as relações que se concretizam neste ambiente são entre as pessoas ligadas à organização para o bem de outras pessoas que buscam apoio.

Dando seqüência ao estudo das organizações, segue no próximo item um detalhamento sobre o Hospital Universitário, após contextualizar a evolução histórica dos hospitais, suas funções e características.

---

<sup>13</sup> Humanização dos Hospitais pode ser mais aprofundado no livro Hospital Humanizado, do autor Mezomo (1979) e na obra de Toro Restrepo (2000).

### **2.2.1 Hospital Universitário**

Também denominado de hospital escola, o Hospital Universitário, é considerado uma organização de saúde geral com atividades de ensino, extensão e pesquisa, sendo utilizados por universidades para o desenvolvimento dos cursos que estão relacionados à saúde, proporcionando assim, formação profissional, além da assistência à sociedade. O hospital escola é o local em que se descobre e realizam novas condições de lidar com as enfermidades (GERGES et al., 1995).

Ao buscar alguns registros, percebe-se que sua existência não é muito recente. O que se visualiza é que, a importância de se ter um hospital com essas características originou-se da necessidade de investir em estudos científicos e formação constante do profissional para a evolução e aplicação de novos conhecimentos que beneficiassem a saúde da sociedade, bem como para suprir a necessidade de realizar os objetivos de uma instituição universitária.

De todos os objetivos, o que se destaca mais é o de ensinar ou fazer aprender num ambiente bem diferente da realidade teórica de uma sala de aula, partindo, portanto para um ambiente interativo e dinâmico, onde exista um inter-relacionamento da universidade com a comunidade, por meio do ensino e pesquisa, voltado à resolução dos problemas que esta apresentar à organização acadêmica.

O Hospital Universitário, sendo uma extensão da Universidade é mantido com recursos do Ministério da Educação (MEC). Entretanto, este hospital como outros hospitais públicos está presenciando um problema que afeta diretamente na resposta a ser oferecida às expectativas da sociedade, pois depende de financiamentos escassos, obrigando-os a



buscarem outras fontes de recursos que não sejam oferecidas pelo Ministério da Educação (CERQUEIRA, 1996).

O autor comenta que todo Hospital Universitário é possuidor de diferentes momentos de produção, em que o médico, professor e aluno enfatizam a produção de saúde mediante a extensão universitária e os médicos contratados, não-profissionais produzem a saúde por meio assistencial.

Assim, pode-se dizer que esta organização de saúde é de extrema relevância à sociedade, se analisada genericamente, tanto pela condição acadêmica quanto pela assistencial, tendo seus fins voltados à satisfação do ser humano que é beneficiar a sociedade com novos conhecimentos e tecnologias, novos profissionais e assistência à saúde da população com uma melhor qualidade.

Neste sentido, o Hospital Universitário da UFSC, objeto de estudo desta dissertação, possui características semelhantes, que se distinguem em algumas peculiaridades relacionadas à instituição que faz parte, aos cursos que ela possui e às necessidades da comunidade que serve.

O Hospital Universitário da UFSC é uma instituição sem fins lucrativos, sendo um suplemento da Universidade e subordinado à Reitoria, além de estar vinculado à rede de saúde, conforme suas possibilidades (GERGES et al., 1995).

Além disso, o HU/UFSC é a única instituição hospitalar que atende somente a usuários do SUS em seu local de instalação e um dos poucos da região sul.

É de extrema relevância a existência do Hospital Universitário, visto que outras instituições de saúde em geral, não podem suprir todos os requisitos necessários para o ensino, à pesquisa e à extensão.

Enfim, centrado no atendimento às necessidades de todos os níveis sociais e por ser uma unidade de ensino, o Hospital Universitário da UFSC deve prestar serviços de amplitude global, promovendo o ensino aos alunos das diferentes áreas de saúde, tendo como produto a formação de profissionais da saúde, devendo também ser referência no sistema nacional de saúde.

Tendo em vista tais finalidades, faz-se um aprofundamento sobre o Hospital Universitário junto à descrição do Regimento Interno no item 4.1, com o objetivo de estabelecer uma relação do que se pratica e do que se estabelece como normas, fato que vale ressaltar em cada nível de sua hierarquia. Sendo assim, o próximo item serve como um dos suportes teóricos para tal estudo.

### **2.3 Organizações e Níveis Hierárquicos**

Mesmo que de uma maneira informal, as organizações possuem uma hierarquia de funções, em que a mais tradicional é classificada em níveis: o estratégico, o tático e o operacional.

Na visão de Oliveira (1997) estes níveis hierárquicos são classificados de acordo com a influência que cada tipo de planejamento da estrutura organizacional realiza.

O nível estratégico<sup>14</sup> corresponde ao topo da organização em que fazem parte os diretores, proprietários, altos acionistas e os executivos. Neste nível são realizadas as

---

<sup>14</sup> A palavra estratégia, relacionada ao nível tratado, existe de longa data e atualmente é muito usada pela gerência. Sua evolução se deu mediante escolas que participaram em momentos diferentes, assumindo papéis que vão desde a sua concepção ao seu processo de transformação, depois de já amadurecida. Mintzberg et al. (2000) conceitua estratégia como um planejamento que a alta gerência executa com base nos objetivos da organização e em suas missões.

tomadas de decisão e a elaboração de estratégias, ou seja, o planejamento estratégico, que se baseiam na missão e nos objetivos da empresa, para direcionar o caminho que a empresa deve seguir.

Tal nível trabalha com a incerteza, por estar desprovido de controle sobre as influências que o ambiente externo e interno reflete sobre a organização (CHIAVENATO, 1993; MINTZBERG et al., 2000).

O nível intermediário, considerado neste trabalho como tático, nada mais é do que um nível de intercâmbio entre os níveis estratégicos (alta gerência) e o operacional (executadores). Os indivíduos deste nível cuidam também dos recursos necessários e disponíveis para as atividades operacionais, além de distribuir os produtos conforme o mercado que atende.

É neste nível hierárquico também que são resolvidos os problemas de adaptação dos operários às estratégias e objetivos determinados pela alta gerência, ou seja, transforma-os em planos de ação para que os trabalhadores realizem as tarefas ou serviços (CHIAVENATO, 1993).

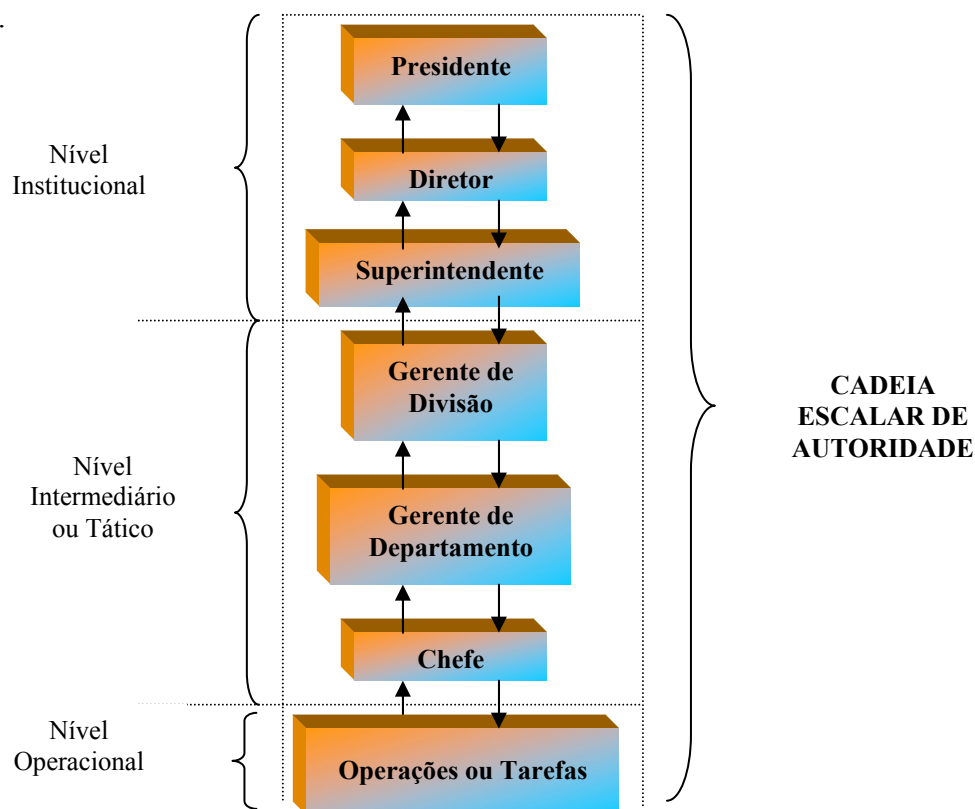
O autor comenta que no nível intermediário deve haver muita flexibilidade, pois ele é que recebe as demandas do ambiente externo pelos altos executivos, tendo que dirigir e organizar um planejamento que os trabalhadores do nível operacional devem realizar de modo a manter a organização no mercado. Além disso, a administração e alocação dos recursos ficam sob sua responsabilidade.

Pode-se completar, conforme Oliveira (1997), que o planejamento tático realizado neste nível, visa atender a melhoria de apenas um setor da organização com atividades homogêneas, como uma divisão.

O último nível, o operacional, também denominado de técnico está ligado à execução dos serviços ou produção de uma empresa. Geralmente é imposto algo já planejado pelos anteriores. É aqui que estão instalados máquinas e equipamentos, recursos disponíveis, setores de atendimentos, de forma a conduzir todas as operações de maneira eficiente e assim fazer a organização caminhar.

Neste sentido, o planejamento operacional “cria condições para a adequada realização de trabalhos diários da empresa” (OLIVEIRA, 1997, p. 97) para cada atividade específica da estrutura organizacional, através de metodologias estabelecidas.

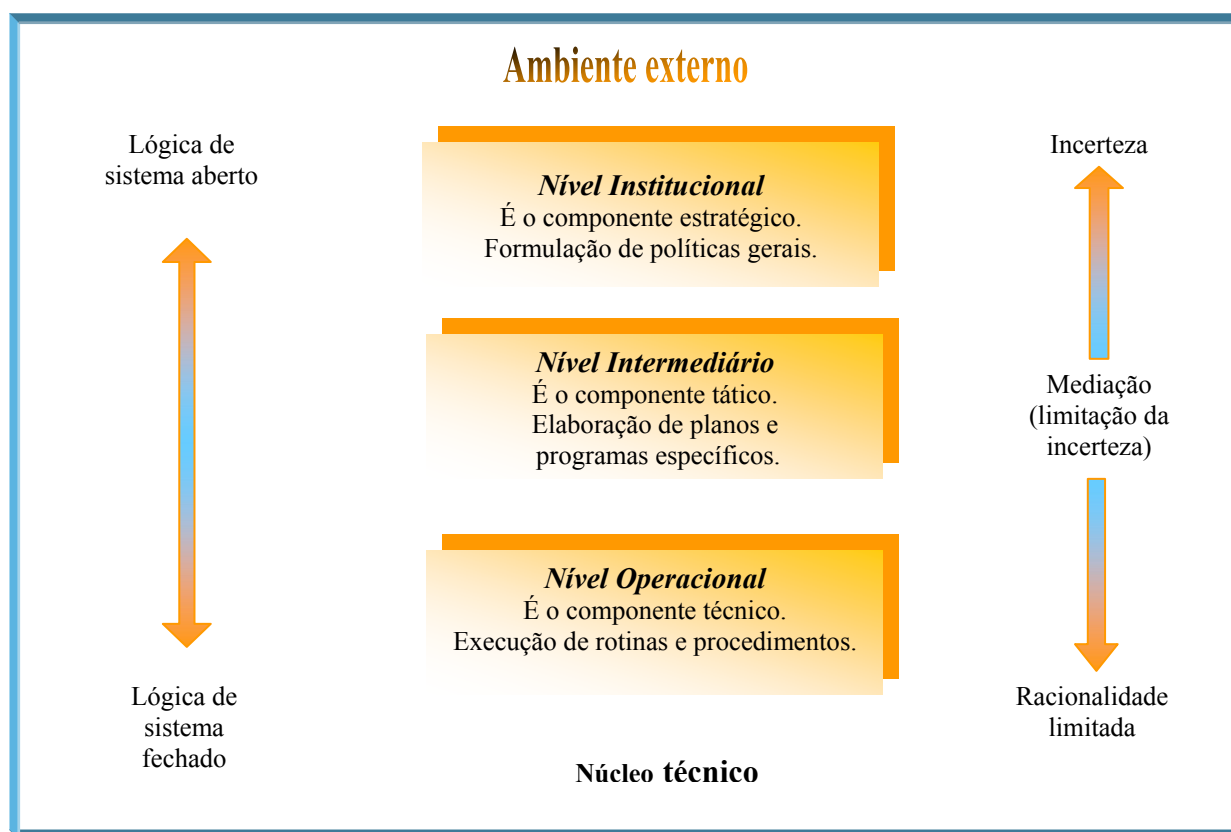
Pode-se perceber assim que os níveis hierárquicos estão interligados entre si, a fim de existir uma interação dentro da organização fazendo com que cada um exerça a sua tarefa para o alcance de objetivos comuns à empresa. Mas, esta ligação se faz de uma forma escalar, onde cada subordinado contém somente um supervisor. Tal fato pode ser visualizado na figura 1.



**Figura 1** – Cadeia escalar de autoridade nos três níveis da organização  
(Fonte adaptada de CHIAVENATO, 1993, p. 836)

Sintetizando, a organização é um sistema aberto que recebe informações, através do nível estratégico com relação ao ambiente externo, trabalhando, portanto, paralelo à incerteza. A eficácia deste gerente de alto escalão está em estudar e elaborar estratégias que possibilitem à organização antecipar suas oportunidades e se adequarem às mudanças do ambiente.

A organização também é fechada em se tratando do nível operacional, que se apresenta pouco flexível aos padrões e programações, tendo atividades rotineiras e pré-estabelecidas, oferecendo assim uma certa previsibilidade e certeza sobre as questões do ambiente interno. A figura 2, ilustra a relação dos níveis com a incerteza:



**Figura 2** – Os níveis institucional, intermediário e operacional e seu relacionamento com a incerteza  
(Fonte adaptada de CHIAVENATO, 1993, p. 839).

Enfim, mediante essas considerações pode-se afirmar que a organização tem comportamentos contingentes<sup>15</sup> sobre o ambiente para continuar eficiente. Isso quer dizer que uma subunidade tem comportamentos dependentes do ambiente de cada unidade ou subunidade de uma organização que, de alguma forma possui um pouco de controle com relação às conseqüências que se deseja sobre aquela mesma subunidade.

Esta situação poderá ser identificada nos resultados da pesquisa com o apoio dos itens que segue no decorrer deste trabalho, em que será tratado sobre a gerência, que pode ser encontrada em cada nível hierárquico.

## **2.4 Gerência**

Os conceitos teóricos sobre a gerência e a sua própria prática estão em constante evolução juntamente com as organizações e o mercado global, pois as empresas, buscando atender as exigências do mercado influenciam direta e indiretamente em outros componentes ligados a ela, e um destes, é a gerência.

A gerência era considerada como a capacidade de obter resultados através de pessoas (MATOS, 1979), exercendo o poder sobre outros que estão subordinados de modo a atender os objetivos de um indivíduo ou de uma organização, local favorável para a existência de poderes diversificados (FARIA, 1985).

Drucker (1974), considerado por muitos um “guru” da administração, define em seu livro que o gerente é todo aquele que, em qualquer nível hierárquico de uma

---

<sup>15</sup> A abordagem contingencial procura compreender as relações dentro de subsistemas e entre eles, bem como entre a organização e seu ambiente e definir os padrões de relações ou configurações das variáveis. (CHIAVENATO, 1993, p. 840). A abordagem contingencial representa, de fato, a primeira tentativa séria de responder à questão de como os sistemas intercambiam com seu ambiente. A abordagem contingencial tenta proporcionar algo mais útil e prático para a administração de organizações complexas (Ibid., p. 841).

organização, possui um certo conhecimento detectando o problema e acima de tudo, encontrando-se no dever de tomar decisões que sejam importantes para a capacidade de produção, do meio o qual está inserido, gerando resultados positivos.

Pode-se dizer que tal conhecimento necessário acontece mediante informações obtidas que, associadas às experiências vividas, preferências e intuição, levam à tomada de decisão (SANCHES, 1997).

Porém, é importante que o gerente assuma as responsabilidades diante de sua decisão, pois esta é o centro da ação gerencial (MATOS, 1979), ou seja, uma das coisas mais importantes na vida das pessoas que as realizam.

Drucker (1974) comenta ainda que o gerente não precisa ser o diretor geral ou ter seu nome exposto no organograma, desde que tenha que, tomar decisões em suas atividades, independente do espaço que está sob sua responsabilidade, ou seja, mesmo que lhe pertença apenas um pequeno setor, estará gerenciando da mesma forma que o presidente geral.

Já Hatakeyama (1995) tem um conceito mais limitado, pois ele considera um gerente, apenas aquele que administra um grupo de pessoas. E, mais adiante, o autor completa, dizendo que o gerente hoje ao se deparar com um determinado problema, toma as decisões que lhe convém, não ficando apenas com a responsabilidade das tarefas delegadas pelo seu superior.

O que fica claro é que além de suprir as exigências do superior, o gerente deve ter uma certa “autonomia”, mesmo que não seja plena, para tomar decisões diante de algumas situações que deparar.

No ponto de vista de Matos (1980) o gerente é aquele que conta com a equipe para se alcançar resultados, transformando as oportunidades também em resultados. Costa

(1993) também concorda com esta afirmação dentro dos estudos realizados em sua pesquisa científica, na qual ele prossegue dizendo que o termo gerente não está relacionado a quem possui este cargo, mas sim a todos que de alguma forma tomam decisões, sendo este um supervisor, um encarregado de divisão ou outros.

Outra visão acrescenta ainda que “os gerentes devem ser ‘mestres do paradoxo’ transformando os pontos cruciais dos vários dilemas inevitáveis em círculos virtuosos e não viciosos” (CARVALHO, 1995, p. 27). Desta forma, tira-se vantagens para o crescimento da organização sobre ocasiões que poderiam prejudicar o progresso da mesma.

Entretanto, nem sempre os conceitos mencionados foram relacionados a um amplo espaço de organizações, como se verificou até aqui. A definição de gerência era considerada apenas para empresas, realidade alterada nos dias atuais, já que esta definição se encaixa na administração de qualquer organização, independente de sua missão, tendo o conhecimento como fator principal para que a pessoa atue nesta posição.

Como disciplina, o gerenciamento originou-se logo após a II Guerra Mundial, em que o gerente era visto como um chefe, responsável pelas atividades do empregado, mas à medida que os conhecimentos práticos e teóricos se desenvolvem, seu conceito vai sendo alterado. Por isso, na década de 50, o gerente já era o “responsável pelo desempenho das pessoas” (DRUCKER, 1999, p. 27).

Atualmente, ele é considerado como o “responsável pela aplicação e pelo desempenho do conhecimento” (Ibid., p. 27), uma visão bem diferenciada da maioria dos autores mencionados, mas que já faz parte do dia-a-dia de alguns. Isso se dá pelo fato de que o conhecimento hoje é, para muitos, o bem mais valorizado no mercado de trabalho.

Quanto à capacidade gerencial, Cape (2000) coloca que o gerente deve ter em constante atualização, a sua capacidade de liderar e participar da vida social das pessoas da



organização<sup>16</sup>. Para isso é necessário estar em contato com as pessoas que fazem parte de seu dia-a-dia, ampliando o número de contatos a fim de obter informações úteis ao desenvolvimento de sua equipe, além de ser seu porta voz mantendo-a informada das variações ocorridas.

Com relação às decisões, o gerente se vê na necessidade de tomá-las conforme as mudanças do ambiente, tendo o cuidado para que tais decisões possam ser colocadas em prática. E, além de tudo isso, deve ser capaz de solucionar conflitos que possam surgir, buscando o consenso e a harmonia nos interesses<sup>17</sup>.

Tais afirmações se explicam pelo fato de que as organizações estão passando por uma evolução que pode ser comparada à Lei de Darwin, em que as mais capacitadas e flexíveis fazem desaparecer naturalmente as menos capacitadas (BOTELHO, 1991).

Sob este enfoque, a tendência é de que a gerência dê lugar à liderança, dentro de um longo prazo, mas enquanto isso, vive-se uma fase de transição em que a gerência e a liderança caminham juntas, pois o sucesso dos profissionais e suas empresas dependerá das “qualificações de gerenciamento” e das “qualidades de liderança” (Ibid., p. 24).

O mundo dos negócios, enfim, é que está contribuindo para esta transição, através da necessidade de profissionais mais flexíveis e com alta capacidade de re-aprender num curto espaço de tempo, evoluindo e apresentando novas idéias competitivas (BOTELHO, 1991), características que o gerente não dispõe. Então, hoje o conceito de gerenciar se transformou na capacidade de alcançar resultados com as pessoas.

---

<sup>16</sup> Participar da vida social das pessoas da organização, conquistando influências e conseqüentemente poder e respeito.

<sup>17</sup> Follett (1997), vai mais além comentando que se deve buscar a integração dos interesses, uma vez que o consenso, não satisfaz nenhum dos lados. O fato ocorre pela necessidade de todos os envolvidos terem que ceder um pouco para se chegar a esse consenso, o que os levam a reavivar a busca de sua satisfação plena quanto ao conflito, fato que não existe quando a solução é a interação, ou seja, a união de interesses.

Porém, este conceito, já é uma adaptação do conceito de liderança, pois a liderança, segundo Motta (1991), é a influência que uma pessoa tem em um determinado grupo, fazendo com que este, se comprometa a buscar objetivos comuns, podendo “ser vista como uma função gerencial” (p. 39). Sendo assim, a eficácia da gerência se concretizaria por meio da liderança.

Rodrigues (2000, p. 29) comenta que “o líder é o condutor, motivador, agregador e realizador”, retirando a qualidade de realizador do gerente e adicionando ao líder.

O autor ressalta ainda que nos tempos de hoje, é de suma relevância ter capacidade de conduzir o “barco” em meio a tantas “tempestades”, a fim de sobreviver ao século que se aproxima e, nada melhor do que as características de liderança para fazer isso, uma vez que em guerrilhas ninguém é gerenciado, ganhando apenas quando existem líderes.

Bennis (1999) completa dizendo que os gerentes executam ações como o padrão estabelece, independente de ser o melhor para a ocasião. Já os líderes realizam coisas certas para o problema, indo além do que as regras determinam.

Enfim, “a liderança funciona por meio das pessoas e da cultura. É flexível e calorosa. O gerenciamento funciona pela hierarquia e sistemas. É rígido e frio” (RODRIGUES, 2000, p. 29).

Porém, pode-se considerar que a gerência e a liderança caminham juntas, pois “todo bom gerente é um líder para vários abaixo dele” (Ibid., p. 29).

Frente aos conceitos explícitos até aqui, pode-se afirmar que o gerente pode ser um líder dependendo do contexto, na medida em que ele toma decisões responsabilizando-se por elas e ao mesmo tempo, motiva e trabalha com seus colaboradores para alcançar seus planos e objetivos em conjunto.

Nesta linha de raciocínio Erdmann e Pinheiro (1998, p. 89) ressaltam que “gerenciar é algo muito peculiar à situação em que se exerce, não havendo maneira única nem tampouco receitas para fazê-lo” e conclui que “o gerente gerencia a situação em que se encontra com os recursos disponíveis a ele e sua equipe de trabalho”.

Com isso, o “gerente-líder” que possui conhecimentos diversificados, tem maior possibilidade de gerenciar seu setor com maior domínio, encarando as situações complexas que possam surgir com uma administração dinâmica e flexível, mas, trabalhando integrado aos setores, com objetivos comuns, constante atualização dos conhecimentos e velocidade de ação.

Para que isso seja possível, é necessário que este novo profissional adquira um dinamismo, a fim de buscar constante perfeição e maior visão a fim de constatar e até perceber as mudanças que estão acontecendo e que estão por vir, principalmente.

Diante desta realidade, Shinyashiki (2000) descreve como seria esse gerente de novos tempos, onde, a partir do momento em que a pessoa evolui, executa cada vez mais atividades simultâneas, e mais velozes. E, finaliza ressaltando que os gerentes devem estar envolvidos em pelo menos três tarefas: a utilização do tempo, o cumprimento de compromisso e o diálogo.

Portanto, é necessário racionalizar da melhor maneira possível o seu tempo, aprendendo a usá-lo com propriedade. Não esquecendo de cumprir seus compromissos, principalmente com as solicitações do sistema, além de se relacionar da melhor maneira possível com os subordinados, pois eles merecem toda a atenção.

É preciso manter o diálogo com os colaboradores, criando uma relação de confiança e de troca de conhecimentos para que ambos cresçam, pois isto melhora o clima, aumenta a qualidade e a produtividade (SHINYASHIKI, 2000).

Este aprendizado gerencial está além do domínio de técnicas administrativas, com o objetivo principal de “fortalecer a capacidade de ação dos dirigentes” (MOTTA, 1991, p. 30), que ficam mais aptos até para identificar seu próprio estilo gerencial.

Neste sentido, o novo perfil do profissional exige alguém atento aos fatos, tolerante e sempre na escuta do que dizem ou do que os outros pensam. Desta forma encontram-se mais saídas.

O “gerente-líder” ao ter uma boa comunicação para transmitir informações aos subordinados, tem como ponto de partida, sempre o ouvir. Portanto, “para tomar decisões, o gerente necessita: ter visão prospectiva; ter capacidade de identificar e interpretar cenários; ter uma compreensão ampla das forças positivas e negativas que afetam sua decisão e ação” (CARVALHO, 1995, p. 30).

Enfim, é interessante que o gerente ouça toda a comunidade empresarial, todos que direta ou indiretamente fazem parte da mesma. E, após fazer este levantamento, pode saber que equipe tem à sua disposição e quais recursos estão disponíveis para definir seu planejamento, estando consciente de que tudo aquilo de bom que a organização está desenvolvendo acontece gradativamente, sem acirrar ânimos, sem gerar descontentamentos e sem ferir suscetibilidades.

E, para contemplar os resultados práticos do planejamento, a visita diária dos setores pelo gerente torna-se relevante, levando o seu apoio e incentivo, inteirando-se do trabalho que vem sendo desenvolvido, de suas necessidade e suas vitórias.

A tendência seguida pela gerência é de liderar como se fosse um treinador de esportes, o qual “orienta, incentiva, corrige defeitos, mas não entra na quadra”, tendo como desafio, liderar sem limitar a criatividade dos subordinados que devem estar em busca do

mesmo troféu dentro da organização, acelerando e melhorando o desempenho, para atingir a meta traçada (TOLOVI, 1995, p. 58; SIQUEIRA, 1999).

Desta forma, reforça-se mais a idéia de que há uma necessidade de constante treinamento, para que o “time” esteja sempre preparado para entrar em “campo” e não deixar que o outro “time ganhe o jogo”. A gerência, ao adotar essa filosofia para a sua formação deve estar sempre atenta para as competências e capacidades exigidas, neste mercado global.

Mesmo assim, torna-se necessário lembrar, que o gerente é um ser humano, que tem seus problemas e suas falhas e, ainda, tem o direito de errar, pois ninguém erra de sua consciência. Todavia, o gerente deve procurar acertar sempre, e dar o melhor de si para que tudo corra bem e que sua organização possa servir de referência para outras.

Na ânsia de sempre acertar as decisões tomadas, o novo gerente pode contar com ferramentas administrativas, como as funções fundamentais da administração somadas às habilidades gerenciais, que serão abordadas no próximo tópico, não esquecendo de considerar também o seu estilo gerencial, fator que pode influenciar na ação gerencial, além do espírito de liderança, que é característica de forte tendência na flexibilidade, exigida pelo mercado global.

#### **2.4.1 Habilidades Gerenciais e Funções Fundamentais da Administração**

As habilidades gerenciais e as funções fundamentais também conhecidas como processo administrativo, são elementos relevantes para a administração e estão inter-relacionados, proporcionando um gerenciamento eficaz das organizações.

Pode-se dizer que as habilidades gerenciais têm relação direta com o profissional que ocupa um cargo de gerência. Existem três tipos de habilidades: humana,

conceitual e técnica que contribuem para a realização das funções fundamentais que serão abordadas mais adiante.

A habilidade técnica é a “capacidade de aplicar conhecimentos técnicos, métodos e equipamentos necessários à execução das tarefas específicas; é adquirida através da experiência, da educação e do treinamento” (HERSEY, BLANCHARD, 1986, p. 6). A habilidade humana é definida como a capacidade de trabalhar com pessoas e por meio delas, através da liderança.

Já a habilidade conceitual, é a capacidade de compreender a complexidade da organização como um todo em cada área específica que se encaixa nesse complexo, permitindo agir de acordo com os objetivos globais da organização, e não em função de metas e necessidades imediatas do próprio grupo.

Quanto mais alto o cargo gerencial, maior a necessidade de se ter habilidade conceitual, ao contrário da habilidade técnica que deve estar mais presente nos supervisores, por estarem em contato direto com os operários que podem eventualmente solicitar instruções. Cabe ao gerente, portanto, apenas conhecer como se realiza as técnicas operacionais de modo a analisar a relação que elas têm com os objetivos globais da empresa.

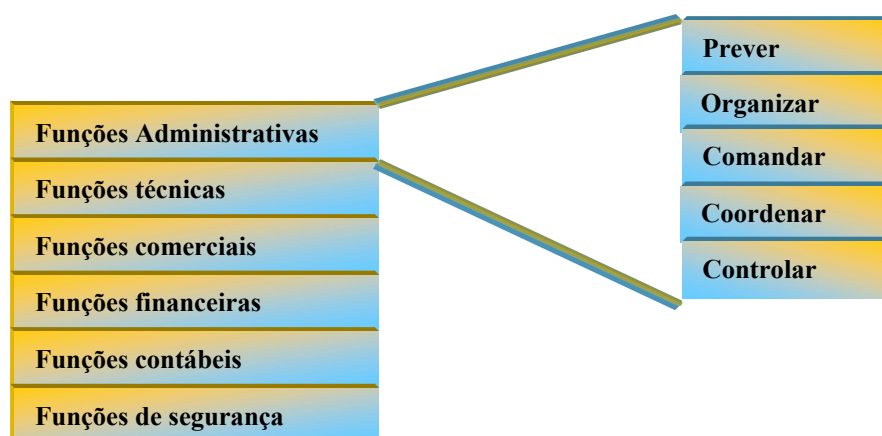
Agora, a habilidade humana, deve existir com a mesma intensidade em todos os níveis, uma vez que a gerência tem a constante responsabilidade de influenciar o comportamento de outras pessoas. Realidade esta, exigida pelas organizações para que possam alcançar o sucesso, uma vez que as organizações dependem das pessoas e de seu bom relacionamento/integração para crescerem.

As habilidades gerenciais, neste sentido, estão muito presentes no ambiente organizacional, sendo exigidas quando se tem que lidar com as funções fundamentais da administração (CAPE, 2000), também presentes em qualquer tipo de organização, tendo sua

origem na Teoria Clássica da Administração criada por Fayol, sobrevivendo aos tempos e evoluindo junto com as organizações.

Fayol estabeleceu em sua teoria que as funções básicas da empresa, que são as funções técnicas, comerciais, financeiras, segurança, contábeis e administrativas. Estas funções administrativas englobam as funções do administrador, consideradas como “prever, organizar, comandar, coordenar e controlar” (CHIAVENATO, 1993, p. 103).

São funções essenciais que formam o processo administrativo, sendo executadas por gestores de qualquer nível e em qualquer tipo de organização, estando elas acima de todas as outras funções da empresa, como ilustra a figura 3.



**Figura 3** – As funções da empresa

(Fonte: CHIAVENATO, 1993, p. 104)

Prever, também conhecido como planejar é a primeira função e a principal do processo administrativo, pois é nesta etapa em que se determinam inicialmente os objetivos e, em seguida, que caminho seguir para atingí-los (KWASNICKA, 1995).

O planejamento consiste na avaliação de informações que foram significantes em ações do passado e do presente, para direcionar desenvolvimentos futuros que levem aos objetivos esperados. Esta função tem como ponto principal a tomada de decisão, sendo uma necessidade da instituição e uma responsabilidade do administrador (KWASNICKA, 1995).

Sua abrangência se estende por três níveis. O planejamento estratégico, que acontece no âmbito mais amplo com os objetivos gerais da organização, sendo mais em longo prazo e definido pelos altos executivos.

O planejamento tático, que acontece no nível intermediário, sendo uma parte do planejamento estratégico que traça objetivos para um departamento em um prazo médio (um ano). E, o planejamento operacional que é bem detalhado, com ação imediata em cada tarefa a executar.

Pode-se dizer que o planejamento funciona como uma tomada de decisão antecipada, que tem a vantagem de economizar recursos e diminuir riscos inesperados podendo, ser mais eficaz se a habilidade conceitual e o espírito de liderança estiverem presentes, fatores que auxiliam nas mudanças necessárias para ação (decisão).

Kwasnicka (1995) comenta que o planejamento torna-se eficaz se for bem elaborado, o que diminui a ambigüidade, determinando, com clareza as posições dentro da estrutura organizacional.

Além disso, o planejamento impõe limites a decisões por interesses pessoais, reduz a incerteza na medida que proporciona melhores condições à empresa de controlá-los, deixando claro para o administrador, fatores importantes à tomada de decisão e também contribui para a qualidade das funções seguintes do processo administrativo.

O autor completa que o planejamento pode ser muito eficaz se houver um sistema de comunicação eficiente e, se for trabalhado a resistência que sempre existe por parte dos funcionários, fazendo com que estes participem do planejamento traçando os objetivos da empresa, pois estes, se não forem bem elaborados podem fazer o plano fracassar também.



Os elementos básicos de um planejamento são: “avaliação das condições atuais, fator tempo, os problemas de previsão, a coleta e a análise dos dados e a coordenação dos planos” (KWASNICKA, 1995, p. 171).

A avaliação das condições atuais é uma atividade que permite identificar insatisfações que exigem novo planejamento. O fator tempo é o que determina se o planejamento é de curto prazo (planejamento operacional) ou de longo prazo (planejamento estratégico).

Os problemas de previsão contêm dados que podem ilustrar possibilidades futuras positivas ou negativas. Já a coleta e análise de dados, são as informações que devem ser de qualidade para um bom planejamento, compostas por dados externos e internos. E, o último elemento, a coordenação dos planos é a organização dos planejamentos de forma hierárquica de acordo com as atividades envolvidas (KWASNICKA, 1995).

Apesar desses elementos serem importantes para o bom funcionamento do planejamento, não excluem algumas limitações como, por exemplo, a ação do tempo sobre as previsões, que podem ser distorcidas pelas mudanças; a resistência ou falta de recursos sobre a implementação; e o custo elevado que proporciona um planejamento pobre e, que afetará conseqüentemente as outras funções do processo administrativo.

A segunda função do processo administrativo é a organização que se define pela relação entre os órgãos da empresa e as atividades de cada indivíduo, dividindo e estruturando as atribuições para a realização dos objetivos contidos no planejamento.

Sendo assim, a organização se faz com a determinação das atividades necessárias para o alcance dos objetivos (especialização), para que possa depois agrupá-los em uma estrutura adequada (departamentalização) para finalmente estabelecer os cargos e tarefas de cada pessoa. (CHIAVENATO, 1993).

A organização também acontece nos três níveis e tem a mesma abrangência do planejamento sendo ao nível global, departamental e ao nível das atividades específicas.

A terceira função tem muito a ver com a liderança e com a habilidade humana, pois a direção é inerente às relações interpessoais que devem influenciar as pessoas com espírito motivador por meio de uma comunicação clara e amigável, orientando o pessoal. (CHIAVENATO, 1993).

Esta função, conforme Bio (1985) é definida como a capacidade de obter resultados através de outras pessoas, com interação constante entre o gestor e os subordinados, contando com um talento especial do diretor para motivar e capacitar os colaboradores; pois de nada adianta motivação sem capacitação para fazer a tarefa e vice-versa.

Direção como foi definida até o momento, é a influência sobre o comportamento das pessoas na busca dos objetivos planejados e organizados, mas para que exista essa influência, faz-se necessário ter autoridade e poder, como também para tomar decisões.

O poder é a capacidade que as pessoas ou um grupo tem para realizar seus desejos através das pessoas que se submetem, mesmo tendo resistência. Já a autoridade é um poder concedido pela posição que a pessoa ocupa, é um poder legitimado pela estrutura organizacional (KWASNICKA, 1995).

Segundo Chiavenato (1993) é a autoridade que dá o poder de dirigir enquanto que o poder nem sempre gera autoridade. Após a direção, o processo administrativo segue com a função de coordenar, estabelecida por Fayol, mas que muitos autores incorporaram à direção.

Porém, aqui será considerada como outra função para melhores efeitos da pesquisa, que aborda as funções como na teoria clássica, que é a base. Então, pode-se definir que coordenar é trabalhar de forma integrada ou coletiva, na harmonização dos esforços, de modo a contribuir para o alcance dos objetivos (CHIAVENATO, 1993).

Por esta função estar muito ligada à direção, é que elas acabaram se tornando uma para muitos autores, o que fez com que as relações interpessoais e a habilidade humana se fortalecessem nesta função que também é a mais complexa, por lidar com a busca de resultados planejados com as ações das pessoas e por meio delas.

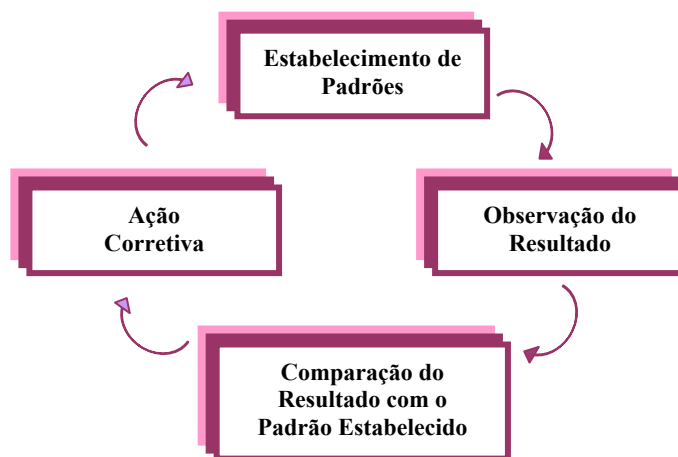
A ação dos indivíduos, gerada pela direção produz resultados que precisam estar de acordo com o planejado. Para isso é que o controle existe como função do processo administrativo, ou seja, os resultados alcançados devem ser comparados com o que foi planejado, para que se possa tomar atitudes que ajustem possíveis desvios ao que se realmente deseja (BIO, 1985).

Porém, esta comparação ou avaliação é possível apenas com o estabelecimento de padrões que servem de parâmetros, e que pode ser criado desde a construção do planejamento de forma a obter um planejamento eficaz, sem desvios dos objetivos almejados (BIO, 1985).

Neste sentido, é que em muitos momentos da elaboração do planejamento aparece o controle, ficando difícil estabelecer onde começa um e termina outro. Eles caminham juntos, sendo o controle um guia das atividades, conduzindo-as ao ponto pré-determinado (KWASNICKA, 1995).

O controle acontece por meio da avaliação de modelos já existentes que podem ser considerados como padrão. A relação que existe, entre o desvio que ocorreu do resultado, com o esperado e, a avaliação, possibilita a compreensão das causas deste resultado, fato que

é importante para a ação corretiva (KWASNICKA, 1995). Neste sentido, a figura 4, ilustra bem as fases do processo do controle, que é cíclico.



**Figura 4** – As quatro fases do controle

(Fonte adaptada: CHIAVENATO, 1993, p. 263)

Este processo cíclico acontece nos diversos níveis organizacionais, como as outras funções correspondente ao processo de cada um deles, fato que gera padrões específicos também para a eficácia do controle.

Segundo Kwasnicka (1995) o controle pode ser preventivo, quando proporciona a identificação do problema antes dele acontecer (pré-controle), pode ser contínuo, no caso de constituir medição dos desvios, e também histórico, quando o controle é feito após o acontecimento dos fatos para que as medidas sejam tomadas apenas para um próximo evento (feedback).

Todos esses controles são importantes, porém o preventivo seria o mais ideal, pois evita uma ação corretiva após o problema acontecer, gerando custos desnecessários.

Um ponto negativo que o controle traz é a resistência que as pessoas apresentam em se deixar controlar. O indivíduo, mesmo ao saber da necessidade do controle, muitas vezes recebe uma ação corretiva como crítica pessoal, sentindo-se pressionado e até invadido em sua liberdade (KWASNICKA, 1995), pois nenhum ser humano gosta de receber ordens.

Sobre o controle e a resistência, Faria (1985) faz uma crítica, considerando que o controle é uma manifestação de poder sobre outro indivíduo para alcançar os objetivos da organização. Portanto, para a administração, o interessante é que as pessoas se identifiquem com os objetivos da organização, gostando do que faz, pois assim a resistência é menor e as atividades administrativas não se tornam difíceis.

Mesmo com o colaborador se identificando com a organização, o controle e a manipulação não deixa de existir, ela apenas cede espaço à obediência do subordinado e à disciplina. Assim, o bom controle depende muito das características do indivíduo controlado, bem como da atividade.

Como comenta Kwasnicka (1995), o controle na condição de função é caracterizado como órgão de investigação. Essa característica é que provoca atritos, que podem ser amenizados com um relacionamento mais de conselheiro, direcionando as ações corretivas dos desvios como uma sugestão, que com certeza será seguida pelo colaborador da mesma forma, uma vez que seu objetivo é trabalhar de maneira eficiente.

Não só o controle, como também as demais funções administrativas, proporcionam poder de alguma forma. Tais funções podem ser consideradas como instrumentos, cujos os profissionais que estão no comando, usam para agir dentro da organização, visando organizar seus interesses, sem estar constantemente explicitando sua manipulação (FARIA, 1985).

Porém, eles só podem concretizar seus interesses se os indivíduos se deixarem influenciar, uma vez que, em qualquer lugar que houver poder, existirá juntamente a resistência e outros poderes.

Uma sugestão que pode ser considerada é deixar que os trabalhadores também participem do planejamento dos objetivos, como já foi comentado, deixando-os livres também

para estabelecerem o controle de suas atividades, mas de uma forma coletiva com os atores envolvidos, pois as funções fundamentais existem e, o processo administrativo é uma realidade necessária para o crescimento da empresa e sobrevivência no capitalismo global.

O que não pode é ficar obsoleto na questão de relacionamento humano que é fundamental para todos os níveis da organização, harmonizando estes fatores com o ambiente, com as pessoas e o estilo gerencial adequado.

#### **2.4.2 Estilos de Gerência**

Muitos autores, almejando aperfeiçoar o gerenciamento, estudam meios, fatos e fenômenos que fazem parte do mercado em diversos momentos e cenários históricos a fim de determinar dentre estes elementos como acontece a influência dos gestores na administração organizacional eficaz.

Foi pensando nesta influência do comportamento gerencial sobre o processo administrativo e os envolvidos que este tópico passou a existir. Porém, faz-se oportuno uma breve contextualização das teorias de liderança e sua evolução.

Os estudos sobre líderes e liderados, realizado por estudiosos deram origem a três teorias sobre liderança, que foram à base inicial para o conjunto de estudos que existe. São elas: a Teoria de Traços de Personalidade, a Teoria sobre Estilos de Liderança e as Teorias Situacionais da Liderança.

Os estudos relacionados à liderança na Teoria dos Traços de Personalidade são os mais antigos, tendo como enfoque as características pessoais do indivíduo.

Acreditava-se que os traços de personalidade eram o que capacitava um indivíduo para ser líder. Assim, o líder era uma pessoa que já se destacava diante de outras pessoas por possuir características natas, específicas de liderança, o que limitava a possibilidade de outras pessoas, sem tais características, de vir a ser um líder.

Com isso, consideravam-se alguns traços físicos, intelectuais, sociais e de ação como específicos para ser um líder, ou seja, deveria “inspirar confiança, ser inteligente, perceptivo e decisivo para ter melhores condições de liderar com sucesso” (CHIAVENATO, 1993, p. 175).

Porém, com o tempo esta teoria começou a perder a credibilidade, pois haviam lacunas que não cabiam, sendo uma delas, a desconsideração total da influência da situação sobre a liderança, fato que não permitiria aos estudiosos irem adiante nas pesquisas.

Deste modo por volta da década de 50, pesquisadores passaram a considerar o comportamento dos indivíduos no estudo de liderança. Antes, o enfoque era sobre “o que o líder é”, e, nesta nova Teoria, chamada de Estilos de Liderança, o enfoque dado é sobre “o que o líder faz”, considerando diversos comportamentos desses indivíduos e no que ele fazia para dirigir.

Estudiosos da liderança, dando seqüência a esse estudo começaram a investigar comportamentos relacionados às habilidades da liderança. Esta realidade foi percebida claramente após a II Guerra Mundial, época de grandes esforços para caracterização de um comportamento eficaz de liderança.

Com isso, chegou-se à conclusão de que seria possível treinar as pessoas para que pudessem desenvolver as habilidades, uma vez conhecido o comportamento responsável pela liderança eficaz, fato que proporcionaria melhores líderes (BERGAMINI, 1994).

Os estudos pioneiros sobre o comportamento do líder foram realizados por grandes centros tradicionais do comportamento humano nas organizações, tendo como hipótese da pesquisa a proposta de que o desempenho das atividades do grupo dependeria do estilo de liderança escolhido pela pessoa que o comandar, o que resultou na classificação do comportamento direcionado às técnicas ou direcionado as pessoas, para um grupo de pesquisadores da Universidade de Ohio State e que definiram duas dimensões comportamentais, conforme a figura 5.

O estilo de liderança voltado para o início da estrutura pode ser comparado ao estilo autocrático em que o líder se preocupa apenas com os resultados e objetivos da organização, desconsiderando totalmente a satisfação do trabalhador. Nesta dimensão o grupo tem que executar o que lhe é imposto, causando assim insatisfação. A eficácia é atingida em função do esforço sacrificado do trabalhador.

Estilo de liderança voltado para:	
INÍCIO DA ESTRUTURA	CONSIDERAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “É o tanto que um líder define e estrutura seu próprio papel e o papel dos subordinados em direção à chegada dos objetivos formais do grupo” (Bergamini, 1994:40).</li> <li>➤ Ações dirigidas para “que o trabalho saia”;</li> <li>➤ Baixo nível de satisfação do grupo;</li> <li>➤ Líder é visto como mais eficaz pelos superiores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “É o tanto que um líder age de maneira amigável e oferece apoio, mostrando preocupação pelos subordinados e procurando o bem-estar deles” (Bergamini, 1994:40);</li> <li>➤ Satisfação das necessidades pessoais do subordinado;</li> <li>➤ Clima de comunicação aberta;</li> <li>➤ Ambiente de trabalho agradável;</li> <li>➤ Líder é visto como menos eficaz pelos superiores.</li> </ul>

**Figura 5** – Estilo de Liderança

(Fonte adaptada: BERGAMINI, 1994)

No estilo voltado para a consideração acontece o inverso, podendo ser comparado ao estilo democrático, pois os indivíduos são considerados pelo superior e, como salientam Hersey e Blanchard (1986), são pessoas importantes e possuidoras de individualidades que devem ser respeitadas.



Devido a isso, as necessidades dos trabalhadores são ouvidas e conciliadas com a organização, criando uma relação agradável, apesar da produção não ser em quantidades elevadas.

O segundo grupo, da Universidade de Michigan, praticamente no mesmo período do grupo de pesquisa da Universidade de Ohio State, baseou-se no contínuo de Likert, que era coordenador da equipe.

Esse contínuo, também tinha duas dimensões: o Estilo de Chefia (orientação para o empregado) e o Estilo (orientação para a produção), que variam de acordo com os sistemas considerados na figura 6.

<b>Sistema 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desconfiança do subordinado;</li> <li>➤ Decisões e objetivos feitos no topo;</li> <li>➤ Subordinado trabalha na base do medo, ameaças, punições e gratificações ocasionais;</li> <li>➤ A pouca interação entre superiores e subordinados é realizada com medo;</li> <li>➤ Processo de controle concentrado no topo, com uma organização informal que se opõe aos objetivos da organização formal.</li> </ul>
<b>Sistema 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Confiança condescendente no subordinado;</li> <li>➤ Principais decisões e objetivos saem do topo;</li> <li>➤ Processo de controle concentrado no topo;</li> </ul>
<b>Sistema 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Confiança substancial, não total nos subordinados;</li> <li>➤ Subordinados podem tomar decisões a níveis mais baixos;</li> <li>➤ Comunicação flui verticalmente na hierarquia;</li> <li>➤ Recompensas, raras punições para motivar;</li> <li>➤ Grau moderado de interações entre superiores e subordinados;</li> <li>➤ Aspectos significativos de controle são delegados com sentimentos de responsabilidade nos níveis altos e mais baixos;</li> <li>➤ Pode desenvolver uma organização informal que pode resistir ou apoiar os objetivos da empresa.</li> </ul>
<b>Sistema 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Confiança total no subordinado;</li> <li>➤ Decisões dispersas dentro da organização;</li> <li>➤ Comunicação vertical e horizontal;</li> <li>➤ Trabalhadores motivados pela participação a elevar os lucros econômicos e estabelecerem objetivos;</li> <li>➤ Interação amigável e generalizada entre superiores e subordinados, com maior grau de confiança mútua;</li> <li>➤ Organização formal e informal coincidem;</li> <li>➤ Todas as forças sociais apóiam os esforços para que a organização alcance os objetivos declarados.</li> </ul>

**Figura 6** – Estilo de Liderança baseado no contínuo de Likert  
(BERGAMINI, 1994)

Assim como o estilo citado anteriormente, este também pode ser comparado com o estilo democrático, no que se refere ao “Estilo de Chefia” (orientado para o empregado) e pode ser comparado ao estilo autocrático no que se refere ao “Estilo” (orientado para a produção).

Ambos representam um contínuo que varia desde a participação total do empregado até a plena execução da atividade sem ao menos o subordinado saber o porquê (BERGAMINI, 1994).

A recomendação com relação à essa figura 6 é de que as organizações passem do sistema 1 e 2 para o 3 e 4 que são mais participativos (democráticos), dando maior satisfação aos funcionários, gerando assim maior produtividade.

Mais tarde estas descobertas realizadas pelas Universidades de Ohio e Michigam, foram transformadas em recursos para a prática de cursos de “treinamentos gerenciais e desenvolvimento organizacional” (BERGAMINI, 1994, p. 44), dos quais Blake e Mouton, integrantes do grupo Ohio montaram, para a união das duas variáveis, sob o nome de “*Grid Gerencial*”, pois elas se complementam na formação do líder “ideal”. Porém, esta consideração de líder “ideal”, ainda não foi testada e nem comprovada como benéfica.

Matos (1979) salienta, em sua obra que este estilo de gerência se baseia na psicologia, buscando através de cinco estilos o melhor “aproveitamento dos recursos disponíveis na empresa tanto materiais como humanos” (p. 50).

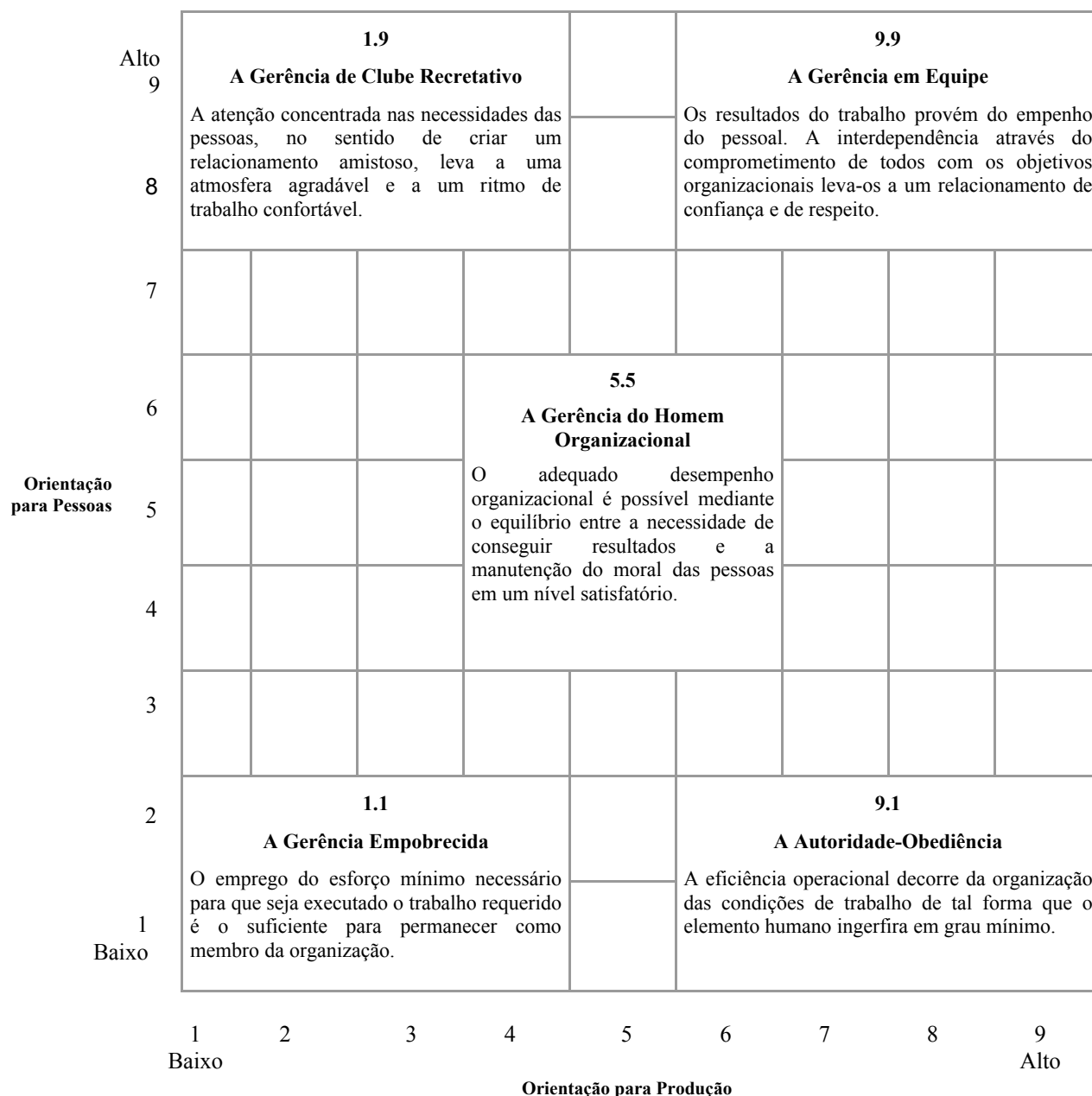
Tais estilos apresentam a posição da gerência com relação aos elementos universais da organização: produção<sup>18</sup>, pessoal<sup>19</sup> e hierarquia<sup>20</sup>, representados por uma *Grid Gerencial* criada por Blake e que tenta demonstrar caminhos e saídas na administração de qualquer organização.

---

<sup>18</sup>A produção é “uma indicação dos objetivos da organização” (BLAKE, MOUTON, 1986, p. 10), que é o primeiro elemento universal da organização.

<sup>19</sup>As pessoas são o segundo elemento universal da organização, pois é através delas que a organização atinge seus objetivos (Ibid.).

<sup>20</sup>A hierarquia representa o poder, terceiro elemento universal da organização, através da distribuição de níveis que há dentro de uma organização, onde “algumas pessoas são chefes” e “outras são chefiados”. Tal relação acontece da seguinte forma: “a busca de objetivos da organização (primeiro elemento universal) através dos esforços de diversas pessoas (segundo elemento universal) resulta na atribuição de autoridade a algumas pessoas para chefiar outras, isto é, para exercer a responsabilidade de planejar, controlar e dirigir as atividades dos outros através da hierarquia (terceiro elemento universal)” (Ibid., p. 10).



**Figura 7 – O Grid Gerencial**

(Fonte: BLAKE, MOUTON, 1986, p. 10)

**Legenda:**

- Estilo 1.1. – orientação mínima, quer pela produção, quer pelo pessoal.
- Estilo 1.9. – mínima orientação pela produção e máxima pelo pessoal.
- Estilo 9.1. – mínima orientação para produção e máxima para o pessoal.
- Estilo 9.9. – máxima orientação com a produção e com o pessoal.
- Estilo 5.5. – orientação média para a produção e para o pessoal.

Refletindo esta figura do *Grid Gerencial*, percebe-se que no “9.1” o gerente busca a máxima produção através das pessoas que se tornam submissas com o uso do poder e autoridade que possui, o que se caracteriza como uma gerência autoritária.

No “1.9” o gerente se preocupa com a manutenção de bom relacionamento interpessoal, o que lembra a gerência democrática. No “1.1” a preocupação se faz apenas com o básico necessário para que o gerente continue no trabalho, podendo ser comparado ao “*laisse faire*” (liberal).

Já o “5.5”, é uma orientação que representa a conformidade do gerente com o status, que se interessa em apenas estar acompanhando os outros. E o “9.9” é a máxima qualidade de produção e de relacionamento representado pela participação e trabalho em equipe, também comparado aos traços de gerência democrática, porém, mais eficaz do que o “1.9”.

Os estilos de gerência apresentados até o momento, permitiram que com uma breve reflexão, fossem relacionados aos estilos de gerência democrático, autocrático e liberal, que fazem parte da principal teoria de liderança, com ênfase no comportamento, criada por White e Lippitt, fato que torna oportuno a consideração desta também, como se segue.

Objetivando verificar qual dos estilos é mais apropriado, foram realizados algumas pesquisas com grupos de pessoas, o que possibilitou relatar a reação que cada grupo teve de acordo com a liderança a qual estavam submetidos.

Percebeu-se assim, que a liderança autocrática causou uma forte tensão sobre as pessoas, que acabaram frustrando-se, tornando-se agressivas, isolando-se e ainda se negando a trabalhar na ausência do líder, apesar de gostarem da tarefa e apresentarem maior quantidade de produção (CHIAVENATO, 1993).

Na liderança liberal, o trabalho não teve produtividade e nem qualidade, apesar de sempre estarem ativos, pois as atividades eram realizadas ao acaso e com intensidade variada. Além disso, era aparente o pouco respeito direcionado ao líder.

Já na liderança democrática, foram estabelecidas relações de amizade, e respeito mútuo. Líder e subordinados tinham boa comunicação e o trabalho era mantido numa mesma intensidade de produção, independente da ausência do líder, desenvolvendo um sentimento de responsabilidade em cada indivíduo, além de uma qualidade superior nos resultados, se comparados aos dos liderados pelo autocrático, porém com uma pequena redução no volume total.

A figura 8 ilustra tais diferenças, que são consideradas a base principal na classificação dos estilos de liderança. Neste sentido, é importante que o líder faça uma avaliação constante dos serviços prestados por seus subordinados, levando em consideração as características existentes no estilo de liderança que melhor se aplica à organização.

Na prática, a tendência é que o líder utilize os três processos de liderança de acordo com a situação, com a tarefa a ser desenvolvida e de acordo com as características das pessoas. E, apesar das limitações da Teoria dos Traços de Personalidade, ela tem sua parcela de contribuição, uma vez que, pessoas que possuem habilidades nata para liderança, terá grande probabilidade e maior facilidade para tal.

Assim, pode-se dizer que o líder, em parte nasce com características próprias e, em parte podem ser aprendidas, como salienta Follett (1997). “Por sua vez, as qualidades ambientais seriam adquiridas na convivência social, fonte de influência da formação das características dos líderes”. (POLETTTO, 1999, p. 19). Tais qualidades pessoais são determinantes também, do comportamento que cada gerente adotará com maior frequência diante de situações que se deparar.

<b>Autocrática</b>	<b>Democrática</b>	<b>Liberal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas o líder fixa as diretrizes, sem qualquer participação do grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo, estimulado e assistido pelo líder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há liberdade completa para as decisões grupais ou individuais, com participação mínima do líder.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O líder determina as providências e as técnicas para a execução das tarefas, cada uma por vez, na medida em que se tornam necessárias e de modo imprevisível para o grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O próprio grupo esboça as providências e as técnicas para atingir o alvo, solicitando aconselhamento técnico ao líder quando necessário, passando este a sugerir duas ou mais alternativas para o grupo escolher. As tarefas ganham novas perspectivas com os debates.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A participação do líder no debate é limitada, apresentando apenas materiais variados ao grupo, esclarecendo que poderia fornecer informações desde que as pedissem.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O líder determina qual a tarefa que cada um deve executar e qual o seu companheiro de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A divisão das tarefas fica a critério do próprio grupo e cada membro tem liberdade de escolher os seus companheiros de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanto a divisão das tarefas, como a escolha dos companheiros, fica totalmente a cargo do grupo. Absoluta falta de participação do líder.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O líder é dominador e é “pessoal” nos elogios e nas críticas ao trabalho de cada membro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O líder procura ser um membro normal do grupo, em espírito, sem encarregar-se muito de tarefas. O líder é “objetivo” e limita-se aos “fatos” em suas críticas e elogios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O líder não faz nenhuma tentativa de avaliar ou de regular o curso dos acontecimentos. O líder somente faz comentários irregulares sobre as atividades dos membros quando perguntado.</li> </ul>

**Figura 8** – Os três estilos de liderança

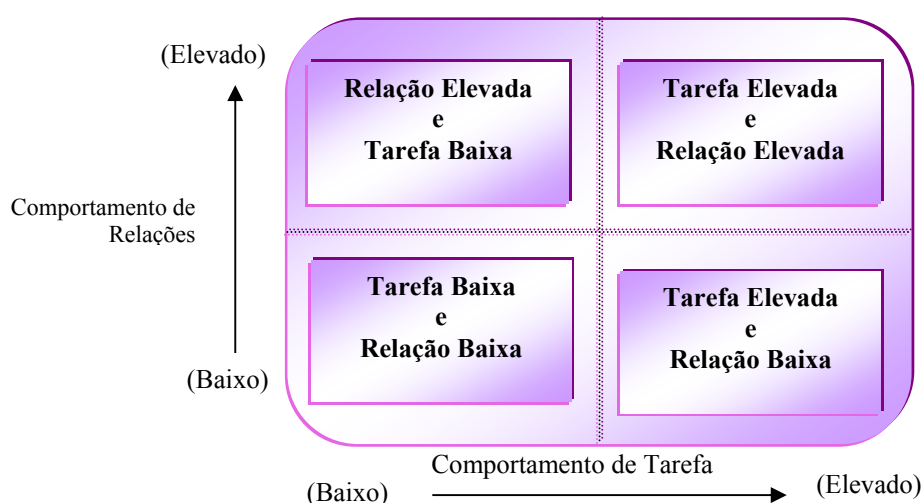
(Fonte: CHIAVENATO, 1993, p. 178)

Enfim, a evolução dos estudos sobre a liderança deixaram claro que apenas os traços de personalidade seriam insuficientes para uma liderança eficaz. Depois, apenas os estilos comportamentais também seriam insuficientes, pois estes estão diretamente relacionados com a situação.

É por este motivo que o novo enfoque do estilo gerencial com base na situação, considera as variáveis do ambiente e também os diferentes tipos de comportamento dos líderes (BERGAMINI, 1994).

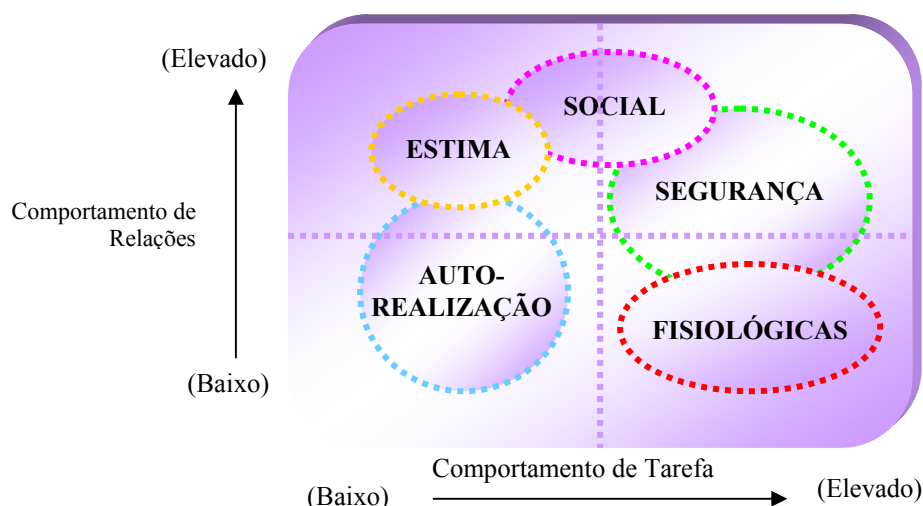
As Teorias Situacionais levam em questão o fato de não existir apenas um estilo de liderança para todo o momento, pois cada problema, requer uma atitude (liderança) diferente.

Hersey e Blanchard (1986) também acreditam que o estilo de liderança se baseia na situação. Porém, em sua teoria dizem que se deve determinar o nível de maturidade do subordinado, de modo a perceber que comportamento deve ser direcionado a ele com eficácia. Assim, eles relacionam o grau de necessidade insatisfeita dos subordinados ao estilo de liderança, recomendando o estilo que estiver de acordo com a maturidade<sup>21</sup> destes subordinados, conforme ilustram as figuras 9 e 10.



**Figura 9** – Estilos básicos de comportamento de líder

(Fonte: HERSEY, BLANCHARD, 1986, p. 119)



**Figura 10** – Necessidades insatisfeitas nos vários níveis de maturidade dos subordinados

(Fonte adaptada: MATOS, 1979, p. 55)

<sup>21</sup> Maturidade, na liderança situacional é “a capacidade e a disposição das pessoas de assumir a responsabilidade de dirigir seu próprio comportamento” (HERSEY, BLANCHARD, 1986, p. 187).

Esta teoria contingencial considera a relação do chefe-subordinado incluída no “Ciclo Vital de Liderança”, determinando como é um estilo de liderança que trabalha com pessoas imaturas. Sendo assim, o líder apresenta características de comportamento que, para o quadrante 1 de maturidade, a tarefa é baixa e as relações são baixas – Dizer; para o quadrante 2, a tarefa e a relação são elevadas – Vender; para o quadrante 3, a relação é elevada e a tarefa baixa – Participar e; para o último quadrante, a tarefa e as relações são baixas – Delegar (MATOS, 1979).

Enfim, o estilo de liderança adequado à maturidade causa uma maior produtividade no indivíduo de maturidade abaixo da média, quando trabalhado no quadrante 1. Para o subordinado de maturidade média, o melhor é trabalhar no quadrante 2 e 3 e para subordinados com maturidade acima da média, o maior êxito está em trabalhar no 3º. quadrante, situação que proporciona maiores resultados e bom relacionamento, caracterizando-se com uma gerência democrática e participativa.

Hersey e Blanchard (1986) comentam que na liderança situacional o líder possui um papel de colaborar com o desenvolvimento da maturidade de seus subordinados. Tal realidade torna-se possível com a adaptação do comportamento gerencial.

De uma maneira geral, o líder precisa conciliar o seu estilo gerencial às exigências do ambiente para ser eficaz. Por isso, faz-se necessário trabalhar a flexibilidade juntamente com variadas habilidades que possibilitem a variação de seu comportamento, dentro de qualquer contexto organizacional, inclusive os da área da saúde, como o hospital.

Sendo assim, o gerente de uma organização de saúde também vive a realidade deste tópico, que se complementa com a realidade do item seguinte.



## 2.5 Gerência Hospitalar

O gerenciamento de uma organização é considerado uma atividade complexa por natureza. Realidade esta, que se torna mais evidente à medida em que o grau de complexidade vai aumentando dentro das organizações e, a instituição hospitalar, é um bom exemplo para visualizar tal problemática, pois é a partir dela que se determinará a administração adequada.

Quando o assunto tratado é gerência hospitalar pode-se referir a

um conjunto de técnicas e métodos de planejamento, direção e controle, visando um envolvimento e mobilização dos atores hospitalares na concretização dos objetivos da organização. Tais funções são exercidas não apenas pelo diretor geral, mas por todos os profissionais que exercem funções que visem as práticas dos diferentes atores (GRABOIS, 1995, p. 82).

Na concepção de Johnson e Schulz (1979), gerenciar um hospital

seria planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar os recursos e procedimentos pelos quais as necessidades e as demandas pela atenção à saúde e cuidados médicos e por um ambiente sadio são conseguidas pela prestação de serviços específicos a clientes, organizações e comunidades (p. 152).

Os autores comentam que o gerente ao tomar uma decisão, não deve estacionar no tempo e deixar de tomar alguma iniciativa para a realização das metas e objetivos, pois o mais comum é decidir sobre muitas coisas e deixá-las apenas no papel; sendo sábio também, da parte do gerente, perceber quando se deve tomar decisões rápidas, perceber quando ela pode ser deixada para um segundo momento ou nem existir decisão a tomar, para assim ter maior controle em situações difíceis.

É sentido que, conforme os estilos gerenciais estudados anteriormente, a gerência hospitalar está em constante mudança, tendo como responsável por isso a teoria contingencial (situação). Porém, isso acontece naturalmente no processo das relações e necessidades que surgem diante da administração institucional.

Tal processo de mudança reflete na característica da organização que, para se adaptar a este cenário social, estuda novos meios de se organizar, sendo um deles a organização matricial, cuja relação ocorre no sentido vertical (hierarquia) e, no sentido horizontal (entre níveis) (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

O que se percebe assim, é que os conceitos de gerência hospitalar não desviam dos conceitos clássicos da administração, formando o processo administrativo dentro da instituição.

Só que esse processo conta com estilos de gerência capaz de conciliar dentro da instituição a integração, e apoio dos indivíduos na busca dos objetivos da instituição, levando à melhoria constante do acesso à saúde, qualidade dos serviços à custos reduzidos dentro da assistência (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

Por isso, a gerência hospitalar precisa estar preparada para lidar com as contingências, através das habilidades no tratamento do conflito, na integração e no controle geral da situação.

O papel do administrador hospitalar, neste contexto também depende da situação. Johnson e Schulz (1979) fazem uma breve definição histórica com relação à classificação dos papéis que o administrador pode assumir, mas alerta que nem todos podem estar em algum destes por passar uma fase de transição, como também pode existir gerentes que utilizem todos os papéis, dependendo do problema a resolver.

Nas décadas de 20 e 40, o papel do administrador se resumia em levantar fundos fora do hospital para os médicos e, ao mesmo tempo, controlar os poucos recursos que ainda possuíam. Sendo denominados de Superintendentes do Hospital, fazendo parte de uma organização informal.

Este modelo apresenta o administrador com menor influência, uma vez que os médicos e conselheiros preferiam resolver as questões sem ter que passar por uma hierarquia administrativa da estrutura.

Nos anos 50 e 60, o administrador hospitalar passa a ter o título de Coordenador devido às mudanças ambientais e organizacionais. O hospital passa a ser mais formal e, conseqüentemente, os médicos perdem um pouco de sua autonomia devido à crescente complexidade das relações com a comunidade e dos serviços hospitalares.

Esse tipo de coordenador permanece até hoje em hospitais não governamentais, apresentando-se como um elo de ligação entre os médicos, o conselho e as comissões pertencentes à administração, além de ser o negociador com o ambiente externo (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

Após este período, o gerente hospitalar passa a ser denominado Executivo-Chefe, sendo comparado a um presidente da iniciativa privada. O seu papel passa a ser mais autoritário e com estreita relação com as teorias clássicas da administração (de Weber-1921; Fayol-1930; Davis-1951; etc) (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

O Executivo-Chefe conta com habilidades administrativas que se baseiam na “participação”, porém, de uma forma manipuladora, considerando que o corpo clínico seja mais negociador do que participante em sua gestão hospitalar.

A tendência, neste caso, é de que o médico fique mais isolado das decisões administrativas, fato que preocupou esta categoria profissional, fazendo-a reagir com a formação de sindicatos médicos e de negociação coletiva. Resultado final, o médico tornou-se Executivo-Chefe, para integrar o corpo médico ao corpo administrativo hospitalar (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

Esta situação ainda está presente em muitas organizações, apesar das fases de transição no papel do administrador hospitalar e das mudanças que estão ocorrendo, sobre quem deve ocupar a posição de administrador hospitalar. É uma questão polêmica.

Mas, a última classificação do gerente hospitalar, parece ser a mais adequada à situação contemporânea que se adapta às constantes mudanças e exigências, como se pode conferir.

O administrador, nesta classificação, apresenta-se como um Líder de Grupo Administrativo, com um papel mais participativo, sendo parceiro do Conselho Administrativo e demais categorias profissionais do hospital. Sua liderança é ativa, coordenando as decisões tomadas em conjunto. O administrador tem como meta unir em espírito de grupo, o corpo médico, com a gerência superior, através de práticas participativas eficazes na solução dos conflitos (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

Seu estilo de liderança ocorre com base na situação, sem usar da influência de sua posição, mas sim das responsabilidades de cada funcionário dentro do plano traçado para o alcance de objetivos propostos (JOHNSON, SCHULZ, 1979)

O gestor líder neste caso, cede espaço de seu poder executivo para uma integração que se realiza na base do consenso de um grupo, que ele estabelece para trabalhar com a crescente exigência do mercado e a redução dos recursos (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

Este grupo, equipe administrativa, é composto pelos diretores de cada área do hospital, que se unem para traçar objetivos, tomar decisões de alocação de recursos e estabelecimento de padrões. Apesar de toda esta integração, a responsabilidade de implementar as decisões recaem sobre o gerente de cada área específica por estar mais próximo do caso, como cita o autor acima.

Resumindo, cada tipo de líder era comum a um determinado hospital. O Administrador de Empresas, por exemplo, era específico dos hospitais do passado com administração liberal, podendo ser encontrado em hospitais governamentais. Já o Coordenador, pode ser identificado em hospitais comunitários, com direção limitada.

O Executivo-Chefe se sobressai em nas situações de crescimento acelerado, com muitos recursos, podendo o administrador usufruir do poder e deixar suas idéias prevalecerem. E, o Líder é um administrador mais adequado para uma instituição que esteja com poucos recursos e em fase de crescimento (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

Na história da evolução do gerenciamento hospitalar, o médico sempre ocupou a direção geral e o administrador abaixo, executando funções variadas e eram adaptadas à situação. Porém, mesmo estando no topo, quem exercia mais as funções administrativas, eram os administradores. No Brasil, por exemplo, o médico-diretor, não precisava habilitar-se como executivo organizacional (BARBOSA, LAMY, 1995).

Atualmente, o papel da gerência muda um pouco, pois ela é vista como um “elo de ligação entre objetivos e prestação de serviços de saúde” (GRABOIS, 1995, p. 81), uma vez que executa a atividade de fazer os materiais, os recursos e a tecnologia terem um inter-relacionamento dentro do hospital de modo a realizar suas metas e objetivos traçados, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde, estabelecidas para a região em que se encontra localizado.

Além disso, se o gerente não criar um clima organizacional para que estas metas possam ser introduzidas, será difícil alcançar os objetivos, pois, ambos têm extrema relação com a determinação da eficácia do administrador (JOHNSON, SCHULZ, 1979).

Erdmann e Pinheiro (1998) têm uma visão das funções do gerente, na área de saúde, que se aproxima do administrador líder, onde ele “precisa ser criativo e valorizar a

participação dos membros de sua equipe enquanto personagens construtores do processo de cuidar e de seu gerenciamento”(p. 89), além de exercer a tarefa de delegar, deve interar das atividades do grupo, das pessoas que participam dele e ainda, do ambiente que está envolvido, conhecer assim a essência e, delegar da melhor forma possível.

Esta concepção oferece margem a uma gerência participativa, que parece caracterizar uma das melhores formas de alcançar objetivos e metas, pois com a participação de uma equipe, o gerente conta com “várias cabeças e braços” atuando em sua meta, pois os indivíduos que têm liberdade para realizarem as atividades de acordo com sua criatividade, deixam-na fluírem surtindo assim, melhores resultados que, integrados às parcelas de cada um do grupo, formam um todo mais produtivo, através da motivação de liderar “um pouco”.

Outro fator positivo também é que, desta maneira, os problemas passam a ser dissolvidos entre todos, compartilhando as responsabilidades do gerente, fato que oportuniza o encontro de soluções mais eficientes, em determinadas ocasiões.

Mas, para que isso aconteça com maior perfeição, o grupo deve ter conhecimentos específicos da organização e de seu processo administrativo, para que não sejam tomadas decisões precipitadas e desvantajosas.

O problema é que o sistema de saúde brasileiro investe pouco na formação de seus gerentes, apesar das tímidas mudanças que se apontam, deixando com que o médico, principalmente, assuma responsabilidades de uma posição em que pode ser dirigida com alguns limites, por possuir pouco ou nenhum conhecimento administrativo, direcionando seus esforços para sua área específica e fechando os olhos para a organização, como um sistema completo (RODRIGUES FILHO, 1994).

Esta realidade existe há muito tempo, pois registros históricos comentam que o médico se interessa em assumir a direção do hospital como “forma de legitimação do seu

poder”. Mas, mesmo assim a capacidade de administrar fica nas mãos de administradores assistentes, na maioria dos setores da instituição.

E para o médico resta apenas o “poder sobre a doença” (Ibid., p. 137), área que somente ele pode atuar. O trabalho administrativo realizado pelo médico, com isso, fica restrito e dependente do seu trabalho assistencial, pois este ele nunca poderá deixar de exercer atenção, por ser contínuo e não poder esperar.

Percebe-se, neste contexto a necessidade de um gestor hospitalar que possua conhecimentos da área de saúde e também administrativos, ou seja, conhecimentos/habilidades conceitual, humana e técnica, integrando informações eficazes para tomadas de decisão adequadas ao crescimento da instituição hospitalar. Devido a este pouco aprofundamento na área de saúde, o administrador indiretamente é influenciado pelo médico ao tomar decisões.

Isso se explica pelo fato de que a ciência, tem a característica de independência enquanto que, a organização, tem necessidade de interação. Surge daí o conflito em que o médico resiste ao exercício de autoridade de um administrador sobre ele, principalmente pelo treinamento que teve em sua formação, onde o médico aprende ser independente para agir e decidir sobre as situações que envolvam a medicina (RODRIGUES FILHO, 1994).

Portanto, torna-se difícil fazer com que uma organização de saúde, obsoleta em seus recursos e, sem o profissionalismo adequado, tenha eficiência, já que o profissional de saúde, principalmente o médico, não colabora com a direção superior, levando conseqüentemente o administrador a ter menos autoridade sobre a instituição de saúde, o que não acontece em organizações industriais.

Enfim, como já foi mencionado, esta realidade existe devido às características dos profissionais de saúde que estão baseadas na autonomia que possuem em suas decisões,

quanto à prática assistencial, somada à alta qualificação que tiveram para atuar na área de saúde, sentindo-se no direito de decidir sobre todas as questões administrativas (FRANÇA, 1998).

Analisando o hospital público, sobre esta ótica, é notável a grande perda de autonomia do poder técnico, principalmente quando se trata da dependência de recursos repassados pelo governo, que são repassados no momento que ele pode e, na quantidade que ele julga suficiente, mas que na realidade é escasso à manutenção do processo hospitalar.

Através desta perda, o processo decisório começa a se deslocar para níveis centrais, fato que nos anos 70 é marcado pelo médico-hospitalar-privado e, que a partir dos anos 80, tem o setor de saúde como “alternativa para racionalização de despesas em saúde” (BARBOSA, LAMY, 1995, p. 136).

A crise gerencial, com isso, vai se agravando, o que faz aumentar a preocupação, uma vez que se almeja a qualidade assistencial e gerencial. Pensando neste problema, entre as décadas de 60 e 80, percebe-se o forte interesse de centralizar o poder, perdurando até a década de 80, sem nenhuma contribuição no aumento da autonomia “gerencial local”.

Este acontecimento fez com que o sistema de saúde enfraquecesse a formação dos gerentes locais, que já era precária, pois eles não tinham poder de decisão plena, uma vez que as ordens chegavam dos superiores.

Fica então, para o diretor local, a função de fazer contatos externos com o objetivo de resolver seus problemas mais urgentes, referentes à direção interna e dos seus setores, negociando decisões que estavam fora de seu alcance.



Neste ínterim, o bom gerente seria aquele que conseguisse realizar seus objetivos por meio dos contatos com a direção central, mais como um relacionamento político do que pelo conhecimento e experiência.

Os níveis centrais insistiam neste poder centralizado alegando que os hospitais não conseguiriam gerenciar, ou por falta de competência da pessoa no cargo, ou por falta de recursos de determinadas regiões que fariam os hospitais operarem com imperfeições.

Porém nem com o poder centralizado havia uma operação eficaz, pois o recurso oferecido pela Previdência não era suficiente. Assim, ao invés de centralizar por falta de incompetência do setor administrativo local, seria necessário implantar sistemas de treinamento avançado. (BARBOSA, LAMY, 1995).

Se a ação fosse direcionada para o que Barbosa e Lamy defendem, a resolução dos problemas regionais das organizações de saúde, teriam melhores retornos, uma vez que se torna muito mais difícil visualizar todos os hospitais e controlar os problemas de cada um. Acredita-se que, se houvesse um responsável em cada hospital os problemas seriam melhores resolvidos e com maior velocidade.

A direção interna espera ter autonomia, que é dar uma margem de liberdade aos decisores do hospital, pois assim, trará melhoras quanto às decisões, sendo que as dificuldades poderiam ser trabalhadas e resolvidas pelos próprios gerentes internos que encontrariam novas formas de intervir.

Daqui tem-se uma nova conclusão sobre a competência do administrador hospitalar recai no treinamento para adquirir conhecimento técnico e novas habilidades bem como a sua característica natural, ou seja, características próprias inerentes às experiências vividas, de forma a poder dirigir a organização (BARBOSA, LAMY, 1995).

A partir do momento em que o hospital se torna descentralizado, é considerado uma organização profissional, sendo este, para Barbosa e Lamy (1995), outro fator que altera a preocupação com os resultados e, a responsabilidade fica sobre a gerência local, que deve mostrar sempre o resultado que a sociedade espera.

Ao traçar o hospital como uma instituição empresarial, sua responsabilidade quanto à produtividade e qualidade se reforça ainda mais, uma vez que não se pode errar, devido ao meio globalizado ao qual está inserido, podendo perder espaço e conseqüentemente, tendo baixa demanda que acarretaria uma queda de oportunidades e desempenho.

Para completar, pode-se dizer que a criação de contratos de autonomia de gestão fará com que as responsabilidades sejam maiores para o gerente local, acarretando uma provável melhoria do resultado em sua organização. Nesta linha de pensamento, a descentralização é um ponto positivo para o melhor desempenho dos hospitais.

Exige-se um treinamento avançado desta prática, mas mesmo assim, o sistema de saúde não considera esta necessidade. Percebe-se, na maioria das vezes, que são as pessoas que sentem vocação para esta atividade e, que procuram tais treinamentos por conta própria.

Por isso, a maioria das posses administrativas acontecem por “profissionais da saúde e outros setores, sem um treinamento formal em administração” (JOHNSON, SCHULZ, 1979, p. 152), o que contribui para aumentar a crise em que o sistema de saúde se depara.

No setor público, esse problema se agrava ainda mais, pois a incompetência profissional estende-se não só à gerência como também à área médica (RODRIGUES, 1979). Portanto, uma seleção mais rígida de recursos humanos a ocupar qualquer cargo da organização, seria uma das maneiras de amenizar esse impacto negativo, admitindo

profissionais com um padrão de qualificação adequado ao bom desenvolvimento das atividades.

Outro fato que merece ser frisado é que, a gerência já existente deve ter um treinamento avançado desde o topo da hierarquia, pois se este não estiver com a mente aberta a esses conhecimentos, de nada adiantará a gerência intermediária possuí-lo, porque não poderá agir sem o consentimento da alta administração. Rodrigues Filho (1994) percebe esta carência e coloca como necessidade, a

formação de milhares de gerentes-executivos (primeira linha de comando), com qualificação apropriada para gerenciar as complexas organizações de saúde e criar uma filosofia gerencial no setor que, como se viu, está se deteriorando aceleradamente (p. 69).

Dentro desses padrões de treinamento, deve-se considerar a extrema necessidade de inovar, desde o relacionamento entre os profissionais ao processo administrativo, pois mesmo que se perceba um certo progresso dessa área, sempre há a tendência de que reduza mais a qualidade e a produtividade.

Nesta concepção, o administrador hospitalar precisa perceber as necessidades sociais, bem como tentar mudar o comportamento do pessoal e alterar as metas institucionais de modo a satisfazer tal necessidade. Porém, a sociedade vai mudando à medida que surgem evoluções que influenciem sua cultura e seus valores, implicando assim na constante aprendizagem de forma a acompanhar a velocidade de tais mudanças.

O gerente hospitalar não está de fora desta realidade, suas características estão caminhando para um gerente-líder como já foi comentado, capaz de adequar o estilo às situações, usando suas habilidades para unir esforços e alcançar objetivos traçados para a instituição, atendendo às necessidades de sua comunidade.

No próximo capítulo far-se-á a apresentação dos aspectos metodológicos referente à fundamentação teórica apresentada e à prática da pesquisa que se complementarão.

### 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A complexidade do universo, bem como a grande diversidade de fenômenos fez com que o homem tivesse a necessidade de conhecê-los, compreendê-los para mais tarde poder explicar à sociedade, além de tentar encontrar respostas para os problemas que esta observasse.

Inicialmente, questões que se referiam à explicação das forças da natureza e da morte deram o impulso para o surgimento da observação científica aliada ao raciocínio que, através do conhecimento religioso, filosófico e popular foi direcionando o seu caminho até chegar aos métodos científicos que hoje se apresentam (LAKATOS, MARCONI, 2000).

O “método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo” (Ibid., p. 46), demonstrando passos a seguir de modo a facilitar o pesquisador em suas investigações e decisões, além de colaborar na percepção dos erros.

Para as ciências sociais, o método é caracterizado pelos autores como uma abordagem de forma mais vasta, onde se engloba os fenômenos da natureza e da sociedade. Assim, vem trazer diversos métodos que se aplicam a todos os tipos de problema existentes. Um deles é o método hipotético-dedutivo, considerado por Popper como o único método científico cuja pesquisa sempre será em função de um problema que se busca solução mediante tentativa e erro (LAKATOS, MARCONI, 2000).

Sendo assim, a ciência ao estar em constante evolução sempre cria novos métodos científicos que melhor organize as idéias e possibilite uma maior investigação do fenômeno em questão, mas não se pode considerar que exista um método mais adequado,

visto que depende do objeto de estudo e de como se deseja que os resultados sejam ilustrados, assim todos os métodos se aplicam a cada caso específico.

De acordo com Andrade (1997), a pesquisa científica pode ser classificada de diversas formas ou tipologias. Quanto ao gênero, por exemplo, ela pode ser teórica, por estudar as teorias; metodológica, por estabelecer modos de se fazer ciência; empírica, abordando fatos da realidade social e, prática, quando intervir nesta realidade social. No que se refere à sua natureza, ela pode ser original, quando esta for pesquisada pela primeira vez ou ainda o resumo do assunto, que dispensa a originalidade mas não o caráter científico de forma rigorosa.

Um dos objetivos, que a pesquisa pode ter é exploratório, visando dar maior informação sobre o fato pouco explorado ou que se apresenta desconhecido, colaborando com a delimitação do tema e fazendo um estudo exaustivo do fato.

A pesquisa exploratória, como um dos métodos de classificação, possui poucos procedimentos e escassas definições de seus objetivos. Geralmente ela segue as seguintes etapas: pesquisa bibliográfica, entrevistas, com os indivíduos que tiveram experiências empíricas com a realidade interessada ao pesquisador, e análise dos dados que possam esclarecer a situação. As estratégias de pesquisa mais comuns para essa classificação são a pesquisa bibliográfica e o estudo de caso, que serão abordados mais adiante.

Já nos procedimentos, a pesquisa apresenta-se de forma bibliográfica e documental, permitindo perceber a dicotomia que há entre a pesquisa de campo e a de fonte de papel. Por fim, tem-se a divisão quanto ao objeto que pode ser de pesquisa bibliográfica, de laboratório e de campo (ANDRADE, 1997).

Sobre o parágrafo acima, Santos (1999) concorda com alguns pontos e em outros ele acrescenta maiores detalhes. Pode-se verificar, que ele divide as características da

pesquisa segundo os objetivos, como Andrade, mas segundo os procedimentos de coleta difere um pouco quando ilustra as variadas formas que existem, sendo elas classificadas como experimento, levantamento, estudo de caso, pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

Além disso, as características relacionadas às fontes de informação, podem ser comparadas a divisão que Andrade faz quanto ao objeto, englobando os tipos de pesquisa de campo, de laboratório e de bibliografia (matéria-prima dos raciocínios e conclusões).

Num sentido amplo, pode-se perceber que as etapas de uma pesquisa estão dentro do método, considerado como um conjunto de procedimentos gerais que podem ser aplicados nas mais diversas áreas da ciência através de técnicas específicas de cada uma dessas. Sendo assim, cada método criado, obedece regras (técnicas) que farão com que o pesquisador chegue ao resultado esperado em sua investigação.

Além disso, as técnicas também são divididas por procedimentos que são classificados como documentação indireta, baseada em pesquisa bibliográfica ou documental e documentação direta, que abrange a observação de forma direta intensiva ou extensiva, sendo cada um usado num tipo de pesquisa.

Os detalhes citados neste capítulo são encontrados dentro da pesquisa que para Andrade (1997), segue uma etapa onde a primeira se classifica como heurística, que busca a delimitação de um tema mediante leituras, vivências, conversações e observações diretas dos fatos, para mais tarde realizar pesquisa bibliográfica e coletar dados referentes ao tema escolhido e assim, seguir para a próxima etapa, a projetiva, que se caracteriza por um fichamento que posteriormente alimentará a última etapa, chamada de executiva e que se constitui na elaboração do trabalho.

Com base nestas considerações e na revisão da fundamentação teórica, esta pesquisa teve como objeto de estudo o gerenciamento no Hospital Universitário da UFSC,

com gênero teórico-empírico, no objetivo exploratório de um único fenômeno desconhecido, com a exaustiva busca de um maior número de informações.

Como foi um fenômeno desconhecido, seguiu-se o procedimento de estudo de caso e, para atingir este propósito, a pesquisadora abordou o método hipotético-dedutivo, para corroborar com a reflexão.

Para a realização do estudo foi utilizado a técnica de documentação indireta, pesquisa bibliográfica e documental (Regimento Interno do HU/UFSC), que proporcionou responder o primeiro objetivo da pesquisa, e também a documentação direta, através de entrevistas, que levou a informações para responder o segundo objetivo.

A metodologia utilizada pela pesquisadora, que será mais detalhada nos tópicos seguintes e o fenômeno estudado, fizeram com que este trabalho se caracterizasse como um estudo de natureza original, uma vez que não havia sido rebuscado anteriormente.

### **3.1 O Método da Pesquisa: Estudo de Caso**

O estudo de caso deve ocorrer quando o fenômeno sob investigação não é prontamente distinguível no seu contexto (YIN, 1987), sendo caracterizado por uma análise detalhada e desgastante, de um ou poucos objetos, de forma que se possa assimilar o máximo de conhecimento possível em por menores, considerada assim uma tarefa difícil para os outros delineamentos de pesquisa, sendo o seu uso aplicado quando se exige a compreensão de fatos sociais complexos.

A possibilidade de estudos aprofundados sobre uma unidade social, proporciona um retrato completo da mesma, o que se torna uma das principais características do estudo de caso que, pode ser analisado na sua totalidade ou numa parcela desta, isto é, ater-

se a alguns fatores, além de possibilitar também a análise de um grande conjunto de variáveis e condições, devido ao número reduzido de unidades examinadas.

Assim, é o método que se utiliza para conhecer e estudar profundamente a relação que há entre indivíduos, bem como o seu relacionamento com o trabalho e as pessoas que dele fazem parte, resultando em inúmeras idéias e uma rica fonte de variáveis para investigação de problemas identificados (Yin, 1987).

Ao querer utilizar o estudo de caso em uma instituição, Treece e Treece (1977) recomendam que haja uma comunicação aberta e um consentimento dos gestores da mesma, para que se tenha maiores benefícios a partir de uma entrevista bem participativa pelos indivíduos que terão maior segurança, quando perceberem o apoio de seus superiores, fornecendo dados<sup>22</sup> mais ricos à pesquisa.

Este tipo de pesquisa direciona inevitavelmente para a entrevista, pois é composta de pontos de vista e atitudes de todos os indivíduos envolvidos. Sendo assim, permite uma visualização clara do relacionamento dos sujeitos com outras pessoas e com o trabalho que a ele compete, de forma contextualizada.

Em virtude desta dependência de posições individuais e comportamentos, o estudo de caso aproxima-se de uma análise descritiva e detalhada da instituição, do grupo ou sujeito estudado, descrevendo profundamente situações que pertencem ao cenário natural, o que o faz ser preferido pelo pesquisador quando o interesse está em aprofundar conhecimentos minuciosos da sociedade.

Acrescenta-se às vantagens já apresentadas as seguintes: o estudo de caso dá preferência a acontecimentos contemporâneos; tem-se economia devido a possível realização da pesquisa por apenas um investigador; seus procedimentos apresentam maior simplicidade

---

<sup>22</sup> Com relação aos dados, os resultados do estudo serão influenciados pela ênfase de cada um deles.



que as outras estratégias; além de permitir o conhecimento das principais dimensões do problema, ilustrando variáveis importantes ou idéias a respeito do fator, a fim de ser utilizado em uma pesquisa mais ampla (MENDONÇA, 1998).

Apesar das inúmeras vantagens, Yin (1987) aponta algumas críticas a serem consideradas quanto ao estudo de caso, como se pode verificar referente a ausência de rigor do estudo de caso, escasso fornecimento de base científica para generalizações e o estudo lento e produtor de uma vasta massa de documentos sem conteúdo.

Porém, Mendonça (1998) se posiciona com relação à ausência de rigor do estudo de caso, ressaltando que vieses afetam todos os métodos de pesquisa, sendo evidente no estudo de caso pela ausência de um protocolo que documente e direcione o trabalho.

Com relação ao estudo lento e produtor de uma vasta massa de documentos sem conteúdo, o autor argumenta que não pode ser generalizado a partir de um simples caso, visto que os fatos científicos são conduzidos a partir de vários experimentos. Nesta última crítica, é analisado um modelo antigo de estudo de caso, em que não se fazia um protocolo responsável para direcionar e estabelecer de forma clara e objetiva os resultados do trabalho.

A escolha pela pesquisa exploratória oportunizou a realização de uma descrição dos critérios que foram utilizados na estratégia da pesquisa, o qual se constituiu no estudo de caso. Tal estudo proporcionou novos dados e informações, além de discernir problemas ligados ao objeto de estudo, que colaboraram para o alcance dos objetivos traçados.

### 3.2 Abordagem da Pesquisa: Qualitativa

O ato de pesquisar é uma ação que colabora com a ciência, para construir a realidade de uma determinada sociedade ou ainda para resolver problemas que ela apresentar.

Neste caso, Minayo (2000) apresenta a ciência social que tem sua pesquisa voltada para os seres humanos, dentro de uma relação entre sujeito e objeto, onde este é totalmente qualitativo, apresentando sua realidade no contexto da dinâmica existente numa forma individual ou coletiva da sociedade em que se estuda, extraindo deste dinamismo, todos os significados possíveis e necessários à pesquisa e que depende muito de seu enfoque.

E, como a realidade neste contexto se ocorre por meio de um olhar global, faz-se necessário visualizar o mundo através dos olhos dos sujeitos da pesquisa, para poder captá-la, sem alterações.

A ciência social passou a praticar a pesquisa qualitativa devido à influência da antropologia, também considerada uma ciência e que estuda o homem, na tentativa de compreendê-lo. Desta forma, os cientistas sociais procuram entender, à luz dessas influências, as crenças, os valores e os sentimentos que movem os seres humanos dentro de um determinado contexto (GOLDENBERG, 2000).

A forma que a ciência social encontrou para fazer uma pesquisa profunda, a ponto de ir além dos dados estatísticos e entrar na realidade social, foi transportado da medicina e, tornou-se a principal ferramenta qualitativa das ciências sociais: o estudo de caso (GOLDENBERG, 2000), que foi abordado nesta pesquisa.

O fato incidiu por este estudo ser o mais completo e considerar o objeto de estudo como um todo, quer seja um indivíduo, um grupo, uma organização ou uma sociedade,

a fim de atingir a máxima compreensão, com o maior número de detalhes e informações possíveis, cobrindo uma situação na sua totalidade.

A pesquisa qualitativa constitui-se de características positivas, uma vez que ela não se preocupa em generalizar o fato ou fenômeno. Seus dados tem o objetivo de proporcionar uma aprofundada compreensão dos fenômenos sociais em estudo, com base nas subjetividades mais relevantes dentro da sociedade, sendo esta a sua representatividade, dando conta de fenômenos complexos e simples, simultaneamente e que não podem ser visualizados em formas padronizadas dos métodos quantitativos, que possui sua representatividade em resultados numéricos (GOLDENBERG, 2000).

Há uma certa preocupação quanto às conclusões obtidas numa pesquisa qualitativa, quando se tem uma organização ou comunidade semelhante, com resultados diferentes entre uma pesquisa e outra. Goldenberg (2000) defende a idéia de que não se deve levar em consideração essa situação, pois existe a possibilidade dos pesquisadores estarem com organizações semelhantes, mas enfocando pontos diferentes.

Para melhor visualizar o enfoque e, para que outros pesquisadores também possam analisar as conclusões, o investigador deve deixar claro em seu trabalho a delimitação do objeto de estudo. Além disso, deve estar atento para o relacionamento que pode surgir entre o pesquisador e o objeto, ocasionando dependência e até conflitos de poder, como elucida a autora.

Mas, apesar desses problemas que a pesquisa qualitativa apresenta, ainda está em vantagem com relação à pesquisa quantitativa quando se trata de compreender e interpretar os dados, fato que é sacrificado na quantitativa a fim de obter dados exatos.

A pesquisa qualitativa torna-se útil para fundamentar conceitos em dados quantificáveis e para fazer a coleta de dados que não podem ser estatísticos, como sentimentos

e atitudes. Sua natureza busca entender o que está por trás do concreto e visível (MINAYO, 2000), observando em sua totalidade, a realidade em questão.

Em virtude das características que este estudo de caso apresentou no corpo do trabalho, fez-se necessário realizar a pesquisa com abordagem qualitativa, uma vez que a entrevista foi direcionada ao comportamento e subjetividade dos sujeitos envolvidos de uma forma mais detalhada e reflexiva, o que possibilitou ir além dos dados concretos e assim dar maior enriquecimento ao trabalho da pesquisadora.

A entrevista é um instrumento que proporciona complexidade em sua aplicabilidade, por motivos técnicos e principalmente por envolver seres humanos que possuem pensamentos, valores, culturas, opiniões e experiências diferentes um do outro, dificultando muitas vezes o relacionamento e conseqüentemente o processo da coleta dos dados para a pesquisa.

Cabe ao pesquisador, portanto, controlar esta situação, adquirindo bastante domínio sobre o assunto e sobre a forma de abordar as pessoas entrevistadas, conduzindo-os com o máximo de harmonia e respeito possível, a fim de alcançar seus objetivos.

A entrevista apresenta diversas classificações. Cada uma delas busca saber através do entrevistado o que é mais importante sobre um fenômeno, com detalhamentos que levem a uma posterior análise qualitativa de como tal fato ocorre e por quê.

Uma das classificações é a chamada entrevista guiada, que se apóia em um “guia” de temas ou tópicos que podem ser comentados durante o encontro ou dar origem a questões que levem o entrevistado a refletir sobre tal tema (RICHARDSON et al., 1999).

Esta entrevista guiada, parte do pressuposto de que o entrevistador já conhece alguns aspectos que deseja pesquisar considerando sempre como seria a reação do entrevistado ao receber cada pergunta, a fim de melhor organizá-las.

Para que ocorra uma certa motivação e liberdade por parte do entrevistado, o pesquisador deve fazer um contato inicial de forma a preparar o clima e diminuir a tensão do sujeito, fato que proporcionará um melhor resultado na obtenção de dados com maior veracidade.

Neste contato inicial, geralmente ocorre o agendamento da data e do local que seja satisfatório ao informante, para que se sinta mais à vontade. Cabe lembrar que a pontualidade com o compromisso agendado é imprescindível, demonstrando respeito pelo entrevistado.

Antes de iniciar a entrevista é interessante que se faça uma introdução, explicando ao entrevistado o porquê da realização desta atividade e o que se pretende construir a partir das informações obtidas, sanando todas as dúvidas possíveis que o sujeito possa ter.

Em seguida, inicia-se a entrevista, que deve girar em torno de 30 minutos, solicitando alguns dados que possa identificar o sujeito e algumas características sociais e demográficas, para que o pesquisador possa se localizar e ter um maior controle no momento da análise.

Existem também, algumas normas para entrevista que servem de apoio para que o pesquisador a conduza com eficiência, não tendo necessariamente de segui-las fielmente, mas sim de adaptá-las ao seu contexto.

Richardson et al. (1999) ilustram algumas destas normas como: a criação de um ambiente de amizade, propiciando confiança ao entrevistado; a condução de um diálogo favorável ao sujeito de modo que ele tenha condições de concluir seu relato, tendo o tempo suficiente sem ser apressado, ou seja, o pesquisador deve saber ouvir com tranquilidade, interagindo com ele através de citações e exemplos conhecidos.

O pesquisador deve ser humilde e não dar conselhos em geral, pois isso acarreta a inibição do informante e, a formulação de suas questões tem que ser de fácil compreensão para o bom desempenho das partes.

Outra técnica de coleta, utilizada neste trabalho foi a documental que, para a abordagem dos dados qualitativos é considerada valiosa. A documentação, para os autores André e Lüdke (1986), é conceituada como qualquer tipo de registro escrito que pode ser utilizado como fonte de informação, como por exemplo: leis, normas, livros, memorandos e outros.

Esta técnica de coleta é vantajosa por ser uma fonte estável, oferecendo maior estabilidade aos resultados, possuindo baixo custo e sendo útil para novos estudos. É muito apropriada para dados que apresentam acesso complexo, para o caso de se querer validar os dados obtidos por outras técnicas e, para o estudo da própria expressão dos indivíduos, sendo que suas críticas giram em torno da validade e representatividade que elas não podem proporcionar com relação à realidade estudada.

Neste sentido, o estudo documental foi uma ferramenta relevante para maior reflexão e interpretação das funções gerenciais inscritas no Regimento Interno do Hospital Universitário.

Foi escolhida entrevista guiada, inspirada nas perguntas norteadoras, para maior compreensão do fenômeno, o que possibilitou um máximo aprofundamento e captação de detalhes sobre a realidade, na percepção dos atores sociais. Tal entrevista guiada fez com que os dados fossem validados, fato que complementou e gerou uma maior relação com os documentos pesquisados.

### **3.2.1 Indagações Norteadoras da Pesquisa**

Tendo em vista, toda prática complexa de coleta de dados, foi necessário levar em consideração as seguintes perguntas norteadoras e que deram origem aos instrumentos adequados a pesquisa:

Que funções gerenciais estão inscritas no Regimento Interno do Hospital Universitário da UFSC (sua composição, coerência, abrangência, delimitação e aderência às necessidades organizativas do trabalho hospitalar e sua finalidade)?

Que funções gerenciais são desenvolvidas pelo Hospital Universitário da UFSC, na percepção de seus dirigentes?

Que relação sócio-política, semelhança, diferença, lacuna, resistência a mudanças e aderência, podem existir entre as funções gerenciais inscritas no Regimento Interno do HU, na literatura e no exercício gerencial dos profissionais de saúde do HU da UFSC?

A primeira pergunta norteadora corresponde ao primeiro objetivo, fato que resultou numa descrição reflexiva do Regimento Interno, conforme o tópico 4.1, que foi complementado com as categorias temáticas descritas e analisadas a respeito do assunto.

Com a segunda questão norteadora, está relacionada ao segundo objetivo, com o apoio de um roteiro derivado de tal questão, conforme anexo A. Por fim, a terceira indagação tornou possível realizar o terceiro objetivo.

### **3.2.2 Os Sujeitos da Pesquisa**

A escolha dos entrevistados basearam-se nas considerações de Chiavenato, citadas no tópico 2.3 desta dissertação, pois o Hospital Universitário da UFSC, possui

gerentes em três posições hierárquicas diferentes: estratégico, tático e operacional, conforme figura 11.

Por ser um trabalho qualitativo que buscou observar a repetitividade e consistência dos dados ou informações coletadas, as entrevistas foram realizadas até obter a saturação destas informações. Portanto, da população em estudo resultou numa amostra de trinta e dois sujeitos.



**Figura 11** – Nível Estratégico, Tático e Operacional do HU

### Legenda:

#### **ESTRATÉGICO: 06 diretores**

##### **Diretoria Geral:**

1. Diretor Geral
2. Vice-Diretor

**TOTAL: 02 DIRETORES DA DIRETORIA GERAL**

##### **Diretoria de :**

1. Administração
2. Enfermagem
3. Medicina
4. Apoio-Assistencial

**TOTAL: 04 DIRETORES DAS DIRETORIAS**

#### **TÁTICO: 11 diretores**

##### **Divisão de :**

- Manutenção e Serviços Gerais
- Administração
- Auxiliar de Pessoal
- Enfermagem em Emergência e Ambulatório
- Enfermagem em Atendimento Interno
- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Pediatria
- Tocoginecologia
- Apoio Assistencial
- Diagnóstico Complementar

**TOTAL: 11 DIRETORES DE DIVISÃO**



**OPERACIONAL: 75 diretores****Serviço de:**

- Controle de Infecção Hospitalar
- Apoio Administrativo das Diretorias
- Processamento de Roupas
- Zeladoria e Vigilância
- Comunicação e Transporte
- Manutenção
- Controle Financeiro
- Compras
- Controle de Material e Patrimônio
- Almoxarifado
- Informática
- Educação Infantil
- Enfermagem em Ambulatório
- Enfermagem em Emergência Adulta
- Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva
- Enfermagem do Centro de Tratamento Dialítico
- Enfermagem da Clínica Cirúrgica I
- Enfermagem da Clínica Cirúrgica II
- Enfermagem do Centro Cirúrgico
- Enfermagem do Centro de Esterilização
- Enfermagem da Clínica Médica I
- Enfermagem da Clínica Médica II
- Enfermagem da Clínica Médica III
- Enfermagem da Clínica Pediátrica
- Enfermagem da Clínica Neonatológica
- Enfermag. da CI Gin. E Emergência Ginec. e Obstétrica
- Enfermagem da Clínica Obstétrica
- Enfermagem do Centro Obstétrico
- Emergência
- Terapia Intensiva
- Pneumologia
- Neurologia
- Gastroenterologia
- Hematologia
- Cardiologia
- Endocrinologia
- Nefrologia
- Medicina Interna

- Saúde Pública
- Atenção à Saúde do Campus
- Cirurgia Geral
- Anestesiologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Cirurgia Vascular
- Proctologia
- Urologia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Clínica
- Neonatologia
- Ginecologia e Obstetrícia
- Farmácia
- Psicologia
- Social
- Prontuário do Paciente
- Nutrição e Dietética
- Hemoterapia
- Anatomia Patológica
- Análises Clínicas
- Radiologia
- Medicina Nuclear

**TOTAL: 61 DIRETORES DE SERVIÇO****Seção de :**

- Manutenção Predial
- Faturamento
- Registro e Controle
- Capacitação Técnica
- Enfermagem em Intercorrências Médicas
- Enfermagem Materno Infantil
- Farmácia Semi-Industrial
- Estocagem e Distribuição
- Arquivo e Estatística
- Produção Normal
- Dietoterapia
- Lactário
- Hemoterapia
- Análises Clínicas

Nesta amostra foram inclusos o diretor da Diretoria Geral, quatro diretores das Diretorias Setoriais, totalizando cinco gerentes no nível estratégico; doze gerentes de Divisão, no nível tático; treze gerentes dos Serviços e dois Chefes de Turno, formando quinze chefes no nível operacional.

A escolha dos diretores do nível estratégico e tático foi intencional. Porém, no caso das divisões, foram entrevistados dois gerentes de divisão que não constam no organograma oficial, mas que fazem parte da funcionalidade prática da instituição e, uma das divisões oficiais, não foi entrevistada, por não possuir ninguém ocupando o cargo de diretor no período.

Para o nível operacional, foi sorteado um serviço correspondente a cada divisão existente na prática e, os dois chefes de turno foram escolhidos intencionalmente para efeitos de análise. E, caso necessitasse de mais informações para assegurar a significância pela representatividade, poderia ser sorteados outros Serviços das Divisões.

Foi realizado um contato inicial com cada entrevistado, para apresentação dos objetivos da entrevista e para agendar um encontro com cada um, que por sinal foram muito receptivos com a pesquisadora.

O período das entrevistas foi de junho de 2002 a agosto do mesmo ano, sendo que o tempo de duração de cada entrevista variou de vinte minutos a uma hora e quarenta minutos, totalizando uma média de quarenta e três minutos. Tal variação dependeu do estilo de cada pessoa, de suas experiências sobre o assunto e da sua disponibilidade.

### **3.3 Registro dos Dados**

O registro dos dados pode acontecer de maneiras distintas. Ele pode ser apenas manuscrito, pode ser transcrito de gravações, pode ser registros de situações ou eventos por meio de filmadoras, máquinas fotográficas, slides ou ainda fazer uma combinação aleatória dos recursos disponíveis.

Em se tratando de documentos, pode-se fazer a extração de informações que são mais relevantes ao trabalho e realizar um fichamento para posterior análise, uma vez que seu registro já está feito.

Na entrevista, há duas formas de se registrar os dados de acordo com André e Lüdke (1986): a gravação e o registro de notas. A vantagem da gravação está na capacidade de captar todas as informações verbais, amenizando a pressão do investigador que, passa a

prestar mais atenção nos gestos, atitudes e expressões gerais que o informante faz no decorrer da entrevista.

O problema é que tais expressões não podem ser registradas por este mecanismo, cabendo ao pesquisador ter uma boa capacidade de memorização, além do constrangimento que uma de gravação pode trazer ao entrevistado, causando alterações em seu comportamento. Uma alternativa que pode ser seguida é de que, logo após a entrevista se faça o registro de algumas atitudes e expressões que se julgue necessário.

Um segundo problema encontrado diz respeito à transcrição das fitas, que é muito trabalhosa, exigindo seis vezes mais do tempo de duração da entrevista para a sua realização, principalmente pela dificuldade que há na seleção das informações mais importantes. Por este motivo, Richardson et al. (1999) aconselham que não se deixe acumular as fitas de modo a dificultar ainda mais e até correr o risco de que elas se danifiquem e tenham que voltar a campo para nova coleta.

Após esta transcrição, o pesquisador agenda um novo encontro com o entrevistado, a fim de expor as informações registradas e verificar com o mesmo se há algo que gostaria de acrescentar ou eliminar.

O registro de notas, pode ser realizado pelo pesquisador mediante fichas, ficando claro que esta atividade exige muita prática para que se tenha domínio da situação, uma vez que se deve dar a atenção necessária ao informante e, ao mesmo tempo, fazer as anotações relevantes à pesquisa.

Nesta situação, nem todas as informações poderão ser registradas, mas apresenta mesmo assim um fator positivo, pois o entrevistador já vai fazendo uma pré-seleção dos dados mais importantes (ANDRÉ, LÜDKE, 1986).

Por este motivo, o registro de notas é a técnica mais dispendiosa, tanto em relação ao tempo de dedicação, quanto em relação à qualificação do pesquisador, que deve estar muito ciente de seu tema e do tipo de sujeito que se relacionará, para o maior proveito da situação.

Uma maneira de amenizar essa realidade é deixando bem claro para o entrevistado os objetivos da pesquisa e que, as informações serão apenas para a realização do estudo, pedindo a compreensão, em alguns momentos, que for necessário anotar. Mas, o investigador deve ficar atento para que estas anotações não prejudiquem a reflexão do informante por meio de interrupções contínuas.

Além disso, o pesquisador deve dispor de tempo, imediatamente após cada entrevista, para completar os dados que não conseguiu captar no desenvolvimento dela, pois com o tempo a memória vai apagando as informações, principalmente pelo acúmulo de tarefas e dados que um trabalho científico gera.

As entrevistas realizada pela pesquisadora foi registrada através de gravador, com autorização do entrevistado e, por notas, realizadas no decorrer da entrevista e depois da mesma, para obtenção do maior número de informações possíveis, com considerável praticidade e conforto para o entrevistado e entrevistador, no decorrer da entrevista.

As fitas, oriundas das entrevistas foram transcritas e arquivadas logo após o encontro, conforme as possibilidades, para não acumular o trabalho. Tais transcrições tiveram um tempo médio de duzentos e quarenta e oito minutos e foram gravadas no computador, em disquetes e impressões, para maior segurança, gerando um volume de trezentos e vinte e seis páginas. Todo esse material encontram-se sob responsabilidade da pesquisadora à aprovação final da dissertação.

Foi realizado também um fichamento dos documentos para um maior enriquecimento da análise e interpretação dos dados, com informações selecionadas de acordo com sua relevância para o estudo.

### **3.4 Análise e Interpretação dos Dados**

Após qualquer tipo de coleta de dados, segue-se o processo do trabalho científico através da análise destes. Para que o pesquisador tenha condições de analisar<sup>23</sup> e interpretar dados, de modo a alcançar seus objetivos nos resultados, faz-se necessário conhecer e selecionar métodos e instrumentos propícios aos problemas a pesquisar.

Tal fato, só é possível com uma dedicação profunda na busca destes métodos, averiguando as possibilidades que cada um deles oferece, bem como os resultados que podem chegar, com o apoio dos métodos estatísticos apropriados ou métodos de análise de conteúdo ou de discurso, quando se trata de estudo qualitativo.

Mas, em primeiro lugar, Rudio (2000) salienta que é preciso classificar os dados, dividindo e ordenando por categorias, o universo, cuidando para incluir todos os indivíduos e também para não ser tão detalhada, a ponto de confundir a análise.

Depois dessa classificação, faz-se a codificação, por símbolos numéricos ou letras, de modo a obter uma folha-sumário, contendo todas as informações, facilitando o trabalho de tabulação que vem logo em seguida, com o objetivo de apresentar o processo, de

---

<sup>23</sup> Analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa [...]. A tarefa de análise implica, num primeiro momento na organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Num segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado (ANDRÉ, LÜDKE, 1986, P. 45).

forma gráfica e, possibilitar uma rápida visualização e interpretação dos dados. E, por fim analisá-los, refletindo no que tais dados representam para a pesquisa.

Neste sentido, conforme a necessidade que esta pesquisa apresentou em interpretar as funções gerenciais, inscritas no Regimento Interno do HU da UFSC e analisar dados qualitativos oriundos da entrevista, verificou-se a possibilidade de realizar tais estudos com referência em Bardin (1977), que aborda de forma relevante os conceitos e técnicas apropriadas a esta situação e que estão abordados nos tópicos que seguem.

### **3.4.1 Análise Documental**

A análise documental de Bardin (1977, p. 45) é “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior a sua consulta e referencição”.

O objetivo desta análise é apresentar o documento bruto de uma forma diferente da atual por meio de procedimentos específicos. Enfim, possibilita a transformação de um documento primário em um secundário, considerando como sua representação.

Para realizar a análise documental utiliza-se a classificação-indexação. A indexação é como a seleção de palavras-chave que mais tarde classificam os elementos do documento, de uma forma muito específica. Esta indexação é feita de acordo com as idéias do pesquisador somado aos objetivos que se pretende alcançar com a documentação.

O propósito da análise documental, segundo Bardin (1977), é buscar organizar os dados de uma forma que o pesquisador tenha o máximo de informações possíveis (aspecto quantitativo) e o máximo de pertinência (aspecto qualitativo).

Sendo assim, a pesquisadora descreveu os dados do Regimento Interno, fazendo uma reflexão com base em alguns autores que trataram do assunto e, em algumas argumentações dos entrevistados referentes à prática diária do Regimento Interno, quanto à composição, coerência, abrangência, delimitação e aderência.

### **3.4.2 Análise de Conteúdo**

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que a partir de procedimentos e comunicações objetivas, visualizam indicadores (que podem ser qualitativos ou quantitativos) possibilitando estudar e medir tais mensagens.

Sua finalidade é deduzir de forma lógica e com justificativa estas mensagens selecionadas pelo pesquisador, podendo ainda utilizar mecanismos variados para complementar e validar os resultados da interpretação (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo trabalha com palavras, procurando interpretar e refletir suas mensagens implícitas. Considerando as características desta análise, pode-se dizer que ela tem duas funções, que caminham juntas ou não, dependendo do contexto prático.

A primeira é a função heurística, em que colabora para um maior aprofundamento de um estudo exploratório, do assunto tendo maiores possibilidades de descobertas.

E, a segunda é a função de administração da prova, composta por questões (hipóteses) que direcionam a pesquisa em busca da confirmação destas hipóteses ou não (BARDIN, 1977).

Uma das formas de alcançar a manipulação dos conteúdos estudados pode ser através da análise categorial, ou seja, a análise de significados. A análise categorial leva em consideração o conteúdo de um texto na sua totalidade.

Nesta análise é feita uma seleção detalhada de temas que mais se evidenciam, ou dos que são mais ausentes, obedecendo a uma ordem percentual de forma racional e objetiva. Consiste na classificação dos elementos em diferentes pastas, estabelecendo uma ordem de assuntos, que vai depender da escolha de tais critérios de classificação.

Um desses critérios ou técnica é a análise temática, que consiste na subdivisão de temas que são classificados e refletidos profundamente, sendo que o número de subdivisões é determinado pela dimensão da análise e do objetivo desta (BARDIN, 1977).

A análise temática possui três fases, a saber:

A pré-análise: constituída pela organização da análise, que se baseia em três missões, mas que não seguem necessariamente uma ordem formal. São missões desta fase: escolher documentos a serem analisados para uma leitura superficial a fim de delimitar o universo, formular hipóteses para testes de validação e objetivos que são considerados como resultado geral do trabalho e, elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final.

Ao final desta primeira etapa faz-se uma preparação do material já com edições que vão desde conteúdos diretos a conteúdos transcritos pelo pesquisador conforme sua compreensão.

A exploração do material: consiste na codificação, eliminação ou até enumerações que serão estabelecidas mediante as regras adotadas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: aqui o pesquisador faz uma “lapidação” dos resultados brutos, dando sentidos significativos e validade a eles.



Após a reunião de todo o conteúdo textual do trabalho, o pesquisador faz uso desta técnica para buscar compreender a mensagem que se deseja transmitir, realizando perguntas que podem ser respondidas pelo conteúdo desta mensagem.

Segundo Bardin (1977, p. 77) a análise temática é a “contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada”.

Os passos para sua realização iniciam-se com a conscientização do assunto do texto, que revela o tema da unidade. Em seguida, tenta-se identificar o problema do texto, que é considerado a inspiração para toda a redação do conteúdo.

Depois de encontrado a problemática, tenta-se fazer uma ligação com o que o autor levou em consideração sobre o problema, qual o seu posicionamento, sua opinião defendida. Com isso, chega-se à idéia central da unidade e, as outras idéias encontradas ou são complementares ou ligadas a ela (SEVERINO, 2000).

Ao chegar nesta última etapa, pode-se perceber que a idéia central já foi captada, restando as idéias paralelas ou secundárias que, para serem visualizadas, basta questionar se há outros assuntos tratados na unidade. Tal idéia central é que dará base para o processo de categorização.

A categorização é a reunião de um conjunto de elementos em uma mesma classe sobre um título genérico, em que estão elementos classificados com algumas características em comum, podendo esta categorização ser do tipo semântica (temática).

Para categorizar tais elementos, exige-se uma investigação detalhada do que cada um deles pode ter em comum, a fim de possibilitar o seu agrupamento, que só ocorre com a existência de partes semelhantes entre eles.

Tal processo de categorização é considerado estruturalista por Bardin (1977), que o divide em duas etapas: o inventário, onde os elementos são isolados e; a

classificação, momento de divisão dos elementos, procurando ou impondo uma determinada ordem às mensagens.

A categorização tem como objetivo principal expor o conteúdo bruto de uma forma clara e condensada, fazendo com que os dados ocultos possam ser visualizados. Acreditando nesses fatores é que o pesquisador parte para a categorização, após uma análise de conteúdo codificada.

Para a realização da categorização, pode-se optar pelo processo que mais se adapta aos seus estudos, sendo que um deles é denominado de procedimento de milha e o outro procedimento de caixa.

Neste procedimento, o pesquisador já tem em suas mãos as categorias, bastando classificar os elementos em cada uma delas, já na anterior, o pesquisador tem os elementos e a partir dele é que vai determinar a categoria e agrupá-los mais tarde. Um bom conjunto de categorias possui as seguintes qualidades, segundo Bardin (1977):

- *Exclusão mútua*: elemento só pode existir em apenas uma categoria;
- *Homogeneidade*: ter um único princípio de classificação para organizá-la;
- *Pertinência*: quando a categoria está de acordo com o quadro teórico e com o material de análise determinado;
- *Objetivo e finalidade*: as partes do material que corresponder a mesma grade de categorização devem ser seguidas com o mesmo padrão, independente da quantidade de análise;
- *Produtividade*: quando o conjunto categórico produz resultados satisfatórios.

A categorização é realizada após a codificação dos elementos para posterior identificação. A codificação nada mais é do que a exploração máxima do texto bruto, por

meio de recortes, agregação, enumeração de forma a obter uma representação de seu conteúdo e poder verificar dentro de suas características, quais podem se tornarem índices.

Sua organização pode ser feita por três escolhas, quando se tratar de análise quantitativa e categorial: “o recorte: escolha das unidades; a enumeração: escolha das regras de contagem; a classificação e a agregação: escolha das categorias” (BARDIN, 1977, p. 104).

Quanto à escolha das unidades existem dois tipos a serem codificadas: a de registro e a de contexto.

A primeira é de significação e pode ser considerada como um segmento de conteúdo, ou seja, uma unidade base que busca a categorização e a contagem frequencial. Suas unidades mais freqüentes são: a palavra<sup>24</sup>, o tema<sup>25</sup>, o objeto ou referente<sup>26</sup>, o personagem<sup>27</sup>, o acontecimento<sup>28</sup> e o documento<sup>29</sup>.

E a segunda é usada para codificar a unidade de registro e dar sentido a ela, pois é considerada como uma unidade de compreensão em que se transforma os registros em mensagens com significações exatas. Esta unidade apresenta-se como a maneira de fazer a contagem, diferente da unidade de registro, que é a determinação do que contar.

Para a classificação de abordagens, tem-se a análise quantitativa e a análise qualitativa. A abordagem quantitativa prende-se na freqüência de determinados elementos da mensagem. Sua abordagem é mais exata e mais objetiva, por ser mais rigorosa.

---

<sup>24</sup> de validade lingüística (BARDIN, 1977).

<sup>25</sup> muito usado na análise temática. O tema tem significação complexa, tendo interpretações das mais variadas e psicológicas, podendo ser uma afirmação ou desenvolver diversas afirmações, sendo assim, de um tema pode gerar vários outros (BARDIN, 1977).

<sup>26</sup> tema central que dirige todo o discurso ao seu redor (BARDIN, 1977).

<sup>27</sup> escolhe-se uma pessoa para se considerar unidade de registro (BARDIN, 1977).

<sup>28</sup> quando há existência de narrações ou relatos sobre algum fenômeno, o que faz com que a unidade central seja o acontecimento (BARDIN, 1977).

<sup>29</sup> chamado também de unidade do gênero, pode ser um registro no caso de poder ser generalizado e realizada uma análise acelerada (BARDIN, 1977).

A abordagem qualitativa busca indicadores não frequenciais. Ela se baseia em intuições, sendo mais maleável e enquadrando-se rapidamente a imprevistos, característica mais apropriada no caso de querer lançar hipóteses, de querer elaborar deduções específicas, além de outras possibilidades de sua implantação.

A caracterização da análise qualitativa está na inferência considerada como uma interpretação controlada na análise de conteúdo e que é sempre fundada com índices (temas, palavras, personagens, etc) e, a característica da análise de conteúdo também é a inferência, independente desta estar baseada em indicadores quantitativos ou não (BARDIN, 1977).

Para qualquer tipo de investigação, tem-se a intenção de gerar inferências com validade. A análise de conteúdo tratada nesta abordagem metodológica tem uma boa indução se for considerar as causas a partir dos efeitos, chegando, portanto a tais inferências válidas.

Porém, mesmo podendo estar ao alcance dos efeitos, através de fenômenos conhecidos, percebe-se a existência de indicadores e inferências possuidores das mais diversas origens, sendo específicas ou gerais, em que esta acaba tornando-se uma análise de conteúdo de outra análise de conteúdo já realizada, provavelmente para generalizar o específico, que trata de uma análise em especial que está direcionada a um fenômeno, ou a um recorte do todo.

A análise acompanha o pesquisador em todo o processo do qual, André e Lüdke (1986) lembram que, as reflexões que surgem no decorrer das atividades devem ser registradas para que não se esvançam até o final do trabalho, onde tudo será resgatado para uma profunda análise.

Os autores concordam com Rudio, na questão do processo de análise, mas completa afirmando que o primeiro passo, constituído pelas categorias, deve contar com o

apoio de referencial teórico, de onde surge a primeira classificação dos dados que podem ser suficientes ou exigir novas categorias.

Para a criação dessas categorias é necessário ainda, reler inúmeras vezes o conteúdo, a fim de promover a identificação dos assuntos no desenvolvimento de todo o trabalho, para posterior adesão dos comentários sobre um mesmo foco e assim codificá-los, mas nunca perder a visão do todo.

No final dessas fases, o pesquisador deve continuar seu trabalho fazendo ainda considerações que vão além das descrições dos fatos. Ele precisa contribuir com um novo pensamento ou novos questionamentos que indiquem a necessidade e estudos futuros, sendo esta a etapa mais difícil de seu trabalho científico.

Para analisar os dados desta dissertação, a pesquisadora adotou a análise categorial, tendo como critério a análise temática, que foi realizada com enfoque nas funções dos gerentes do HU, através da contagem de variados itens dentro de uma “pasta” de codificação, determinada pela categorização.

Portanto, à partir das unidades de registro (afirmações dos sujeitos), selecionadas e codificadas, foi realizado um pré-agrupamento, conforme a semelhança do tema (assunto), formando a categoria temática, que também foram agrupadas em subcategorias para finalmente formar as categorias.

É importante ressaltar que a organização destes agrupamentos foram baseados nos objetivos, mas sobre a ótica da pesquisadora com relação ao fenômeno. Desta forma, é possível que haja diferentes formas de organização e de reflexão acerca dos mesmos dados, por outros indivíduos, o que não deixa de ser válido também.

Assim, deve-se levar em consideração, quando se questionar uma análise que, o pesquisador pode ter espelhado em seus conhecimentos, valores e cultura somados à

metodologia aplicada, de modo a realizar um trabalho que corrobore com os estudos já existentes.

### **3.5 Aspectos Éticos**

Estar atento aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa é muito importante para a obtenção de um processo e resultado satisfatório. E, devido a este motivo, fez-se necessário obter uma autorização para o fluxo no campo de estudo, bem como solicitar a autorização dos indivíduos que dele fizeram parte e que, de uma forma ou de outra contribuíram para a aplicação deste método de estudo de caso.

Segundo Treece e Treece (1977), o pesquisador que fizer a entrevista sem antes conseguir a autorização e colaboração da gerência, terá uma cooperação bem superficial das pessoas. Ao obter esta autorização e comunicá-la ao entrevistado, ele será mais aberto à comunicação.

Desta forma, para desenvolver este estudo do caso foi necessário encaminhar uma autorização à instituição, escolhida como objeto de estudo (conforme Anexo B), a fim de se realizar a pesquisa, autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos para a obtenção de seu parecer, providenciando os seguintes documentos abaixo relacionados:

- Folha de Rosto (Anexo C),
- Projeto de Pesquisa nos termos do item 6 das Resoluções 196 e 251 do Conselho Nacional de Saúde;
- Orçamento detalhado da pesquisa (recursos, fontes e destinação, forma e valor da remuneração do pesquisador);

- *Curriculum Vitae* do pesquisador responsável e demais pesquisadores – produção científica dos últimos 5 anos;
- Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D);
- Requerimento para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo E);
- Declaração de ciência e parecer do Hospital ou instituição envolvida;
- Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não (Anexo F);
- Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados (Anexo G);
- Declaração assegurando a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto (Anexo H);
- Declaração de compromisso do pesquisador responsável e da instituição em cumprir os termos das resoluções 196/96 e 251/97 e 292/99 do Conselho Nacional de Saúde;
- Em caso de pesquisa conduzida do exterior ou com cooperação estrangeira;
- Apresentar: compromissos e vantagens para os sujeitos da pesquisa, compromissos e vantagens para o país, identificação do pesquisador e instituição co-responsáveis;
- Declaração de aprovação por comitê de ética do país de origem;
- Declaração de uso do material somente para os fins previstos.

Estes anexos foram enviados ao Comitê de Ética no mês de Junho de 2001, obtendo o parecer favorável em 27 de agosto de 2001 e, atendidas tais pendências dentro do prazo estipulado (Anexo I).

Com relação aos entrevistados, foi realizado um contato, anterior às entrevistas, para convidá-los a participar desta pesquisa. A cada sujeito foi apresentado um Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), com um resumo informativo

sobre a pesquisa e seus objetivos, que foram assinados por um deles, autorizando o uso das informações da entrevista, sendo estes livres para decidirem o contrário.



## 4 OS DADOS DA PESQUISA

Buscando atingir os objetivos do estudo, a pesquisadora se apoiou em dois aspectos da metodologia e dividiu este capítulo em dois tópicos para uma maior clareza. Em um primeiro momento, foi realizado uma análise documental do Regimento Interno do HU da UFSC, que correspondeu ao primeiro objetivo. E, no segundo tópico, concretizou-se uma descrição dos dados das entrevistas, que teve como norte principal o segundo objetivo.

A organização do estudo apresentou-se relevante com essa, a fim de refletir, à luz das considerações de Bardin (1977) sobre a análise de conteúdo dos temas propostos, buscando conhecer **que funções gerenciais são desenvolvidas pelos gestores do Hospital Universitário da UFSC**, uma vez que esta é a pergunta de pesquisa deste trabalho científico.

### 4.1 O Regimento Interno: Uma Descrição Reflexiva

Com o propósito de formatar uma descrição do Regimento Interno do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina seguida de algumas reflexões, a pesquisadora considerou relevante fazer um breve resgate histórico a fim de corroborar na compreensão de sua origem e composição, facilitando o seu estudo.

Inaugurado em 02 de maio de 1980, com duas unidades de internação funcionando desde 24 de março e o Diretor Geral empossado em 11 de março, o Hospital Universitário da UFSC foi concebido num seio complexo e de muitas dificuldades.

A idéia de criar um Hospital-escola surgiu praticamente 20 anos antes de sua inauguração, frente às necessidades que os cursos da área de saúde, principalmente o da medicina, se deparavam durante a formação de seus acadêmicos, futuros profissionais, que se

viam na obrigação de recorrer aos hospitais existentes na cidade para realizarem o seu aprendizado (SÃO THIAGO, 1983). Assim, a preocupação com a qualidade de ensino das profissões/saúde foi uma mola propulsora para a criação deste Hospital-escola.

Com isso, em novembro de 1963, foi criada a primeira Comissão do Hospital das Clínicas, que orientou os trabalhos de construção. O planejamento iniciou com poucos representantes, chegando a 25 membros em 22 de junho de 1978, sob a mesma Presidência.

Apesar de possuir esse total de integrantes, nem todos participavam ativamente das reuniões, com exceção dos professores de todas as disciplinas dos cursos a serem ministrados no HU que sempre se faziam presentes (SÃO THIAGO, 1983).

Essa Comissão, embora muito importante para o Hospital, tornou-se um problema em algumas situações pelo número excessivo de membros, fazendo com que as decisões a serem tomadas percorressem um tempo maior que o necessário.

Tal desvantagem acompanha o Hospital de maneira constante como se pode perceber no atual Conselho Diretor, que não é funcional e não está ativo nesta estrutura organizacional, construída com base em suas características específicas ao longo de sua vida e sob influência do meio ambiente no qual está inserido.

De acordo com São Thiago (1983) ocorreram muitas reivindicações junto ao Ministério da Educação e da Saúde. Foram muitos colaboradores, dos mais aos menos influentes, mas que tiveram sua importância registrada na História do HU.

Todavia, a falta de recursos financeiros e materiais para sua concretização e mais tarde a política ministerial que colocava em segundo plano o ensino médico em hospitais universitários oficiais fez com que suas obras fossem paralisadas de 22 de março de 1971 a novembro de 1976, período em que o sonho desta obra caiu no esquecimento para a maioria dos interessados, exceto para a Comissão do Hospital das Clínicas.

Esta Comissão elaborou o programa para “a prestação de serviços de assistência médica e ao ensino da medicina, com base em princípios éticos e científicos do mais elevado padrão” (Ibid., p. 79), que, embora tinha o objetivo de ser um Hospital de ensino e de prestação de assistência à sociedade, deu maior importância à assistência do que ao ensino, de modo a transformar esse Hospital num modelo estadual.

Enfim, por ele possuir “característica de centro de ensino, deveria ser o Hospital de referência dentro do Sistema Nacional de Saúde. Como tal prestaria assistência médica em todos os níveis, sobretudo o primário, visando à formação do médico geral” (Ibid., p. 79).

Tendo em vista o tipo de Hospital que se idealizava, a Comissão do Hospital das Clínicas enumerou as características gerais que desejava e que se faziam necessárias à instituição.

Tais características são relacionadas por São Thiago (1983) e, mais tarde algumas foram relevantes na definição do Organograma e/ou do Regimento Interno, pois, atualmente, parte delas ainda constam no Regimento Interno:

1. Seria um Hospital de clínicas completo onde se desenvolvessem todas as atividades do ensino médico e, em parte de outras profissões da Área da Saúde, bem como a formação de pessoal hospitalar de todo o tipo. No modelo de assistência médica, a atenção ao paciente dominaria todas as demais atividades, o ensino representando, respeitadas as proporções, como que um corolário da perfeição do atendimento.
2. Hospital geral destinado ao ensino, pesquisa, extensão e assistência médica em todos os seus níveis, desde o primário, secundário, terciário, até os procedimentos especiais, com ênfase absoluta ao primário, visando à formação do médico geral.
3. Na programação didática, o médico geral deveria ser o tipo de médico a ser formado, a especialização, sendo uma necessidade, deslocada para a pós-graduação e a residência. A superespecialização, ao lado da menor proporção de médicos gerais e quase supressão do médico de família, constitui um dos maiores fatores da queda paulatina da qualidade da medicina oferecida às comunidades brasileiras das quadras de cinquenta para cá, sobretudo.
4. Na área física, programar unidades e internação para 30 leitos, em média dispostos em quartos de dois e de quatro, para internar pacientes adultos de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia, Obstetrícia, Oncologia e Psiquiatria.

5. Unidades de Internação para Pediatria com lotação média de 50 crianças de 0 a 14 anos e sala de isolamento e de prematuros, além de berçário anexo à Maternidade e Unidade de Hidratação.
6. Leitos específicos, extra-lotação, em Unidades de Terapia Intensiva para adultos e crianças separadamente; na Unidade de Emergência, na Unidade de Recuperação pós-anestésica e na Unidade Coronariana.
7. Bloco Cirúrgico, comportando salas de operações em número proporcional à lotação do Hospital, para Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica e Cardiovascular, Otorrinolaringológica, Oftalmológica, Neurocirurgia, Traumatologia e Ortopedia e Cirurgia Buço-Maxilo-Facial.
8. Unidade de Cirurgia Ambulatorial, anexa à Unidade de Emergência.
9. Bloco Obstétrico.
10. Unidade de Emergência.
11. Unidade de Odontologia preventiva e curativa, com gabinetes clínicos e salas de cirurgia, visando ao ensino em disciplinas do Curso de Odontologia.
12. Unidade de Saúde Pública, integrada às redes estadual e municipal.
13. Unidade de Patologia, com instalações para diversos laboratórios especializados, inclusive salas de necropsias anexas ao velório do Hospital. Capela ecumênica.
14. Laboratório Central de Patologia Clínica, comportando o ensino de disciplinas do Curso de Bioquímica.
15. Unidades de Serviços Auxiliares Médicos de Diagnóstico e Tratamento, comportando pelo menos os seguintes: Radiognóstico, Radioterapia, Radioisótopos, Hemodinâmica, Métodos Gráficos Cardiológicos (Eletro, Vectro e Eco), Fisiopatologia Pulmonar, Endoscopias Digestiva, Brônquica, Otorrinolaringológica e Urológica.
16. Unidade de Hemoterapia.
17. Divisão de Enfermagem, com disponibilidades dispostas nos pavilhões de internação, na rede ambulatorial e na Emergência, etc., comportando ensino dos diversos ramos.
18. Serviço Social Médico, comportando ensino prático de Assistentes Sociais do ramo hospitalar.
19. Farmácia Hospitalar e Semi-Industrial, comportando ensino de disciplinas atinentes ao Curso prático de Farmácia e Bioquímica.
20. Serviço de Nutrição e Dietética, comportando o ensino de pessoal hospitalar do ramo.
21. Serviço de Arquivo Médico e Estatística.
22. Extensa rede ambulatorial para atendimento indiscriminado em Medicina Geral e Especializada, em Cirurgia Geral e Especializada e em procedimentos especiais, visando a formação do médico geral, ao ensino especializado da pós-graduação e a prática da residência médica.
23. Biblioteca seccional.
24. Auditórios, grande e pequeno.
25. Salas de aulas distribuídas em cada unidade de internação.
26. Unidade de Administração, englobando os diversos setores administrativos.
27. Unidade de Serviços Gerais.
28. Unidade de Engenharia e Manutenção.
29. Lavanderia.

30. Almoxarifado.

31. Setores de energia, eletricidade, gás de petróleo, oxigênio e outros gases para anestesiologia e aspiração cirúrgica; água, esgoto e outros, em proporções hospitalares de médio porte.

No plano organizacional, dispor as atividades técnicas e administrativas em organograma que percorra o trajeto hierárquico condizente com o funcionamento à base de serviços (p. 80-82).

Pode-se afirmar que o tipo de departamentalização predominante no Hospital Universitário é o funcional<sup>30</sup>, embora a área de medicina seja distribuída por especialidades profissionais que confundem a definição da classificação como sendo também por clientela<sup>31</sup>, em que cada setor atrai pacientes com as patologias da sua área. Mas, esta área também não deixa de ser funcional, se considerar a afirmação que segue:

Essas especialidades também são funcionais porque, por exemplo: precisa-se de alguém que seja chefe da cardiologia, que conheça como essa unidade funciona, porque é uma unidade funcional, apesar de ser uma especialização[...] porque todo paciente que precisar de um eletrocardiograma, vai na cardiologia. Ele pode ser da neuro, da pediatria, mas vai lá fazer aquele serviço. Aquele serviço, aquela unidade, é gerenciada pelo chefe da cardiologia (1.128).

Para São Thiago (1983), o organograma foi elaborado de acordo com a evolução da ciência e do ensino, fato que ocorre até hoje, segundo um diretor entrevistado, pois cada departamento de curso, elabora o organograma e as atividades do Hospital Universitário juntamente com a instituição e de acordo com as disciplinas que os departamentos têm, sendo assim, o organograma procura “atingir duas finalidades básicas do Hospital Universitário: a didática e a assistencial” (Ibid., p. 83).

Desta forma, desde o início, visou-se, simultaneamente, “um organograma administrativamente compatível com um hospital geral de referência, com características de Instituições de ensino” (Ibid., p. 83).

Na compreensão de São Thiago (1983), o organograma buscou a solução dos seguintes pontos principais:

---

<sup>30</sup> “A departamentalização por função consiste no agrupamento das atividades que visam uma mesma finalidade dentro da empresa. Assim, as atividades são, de acordo com esse critério, agrupadas de conformidade com as funções ou finalidades a que se referem” (SOUZA, 1985, p. 40).

1. Criar, como primeiro escalão administrativo, submetido à Diretoria Geral e a decisões colegiadas de um Conselho Diretor, Subdiretorias com abrangência nas quatro finalidades prioritárias: a) Ensino de Medicina. b) Ensino de Enfermagem. c) Assistência Médica em todos os níveis. d) Administração hospitalar de Hospital-escola.
2. Desvincular as duas atividades docente-assistenciais primordiais – Medicina e Enfermagem – no sentido de que liderem cada qual o seu programa com independência, dentro das normas regimentais.
3. Fazer o Hospital funcionar a base de Serviços, estes vinculados a Divisões, e não de Departamentos de Ensino, estes liderando todo o sistema docente-assistencial, porém tendo sede administrativa, e submissão burocrática, no Centro de Ciências da Saúde.
4. Vincular as Divisões técnicas às disciplinas do quadro curricular das profissões a serem ensinadas no Hospital.
5. Vincular as Divisões administrativas às necessidades funcionais da instituição, atendendo também a parte empresarial do seu plano organizacional.
6. Obedecer às regras de administração hospitalar no que toca à hierarquização dos sistemas vindas do órgão central de administração universitária para Diretoria Geral, Sub-Diretoria, Divisão, Serviço, Seção, Setor e Setor de Setor, se necessário.
7. Evitar o caráter estático do Organograma, a fim de torná-lo suscetível de reformulações futuras, de acordo com a evolução da Ciência e as peculiaridades de ensino das profissões de Saúde (p. 83 e 84).

Se fizer uma reflexão sobre as definições de Souza (1985), pode-se considerar que o organograma do HU possui dois tipos de estrutura: a linear<sup>32</sup> e a de linha assessoria<sup>33</sup>, além de ser caracterizado como clássico<sup>34</sup>.

E, por conter uma estrutura complexa, faz-se necessário a apresentação das diretorias e seus respectivos órgãos de forma desdobrada, para melhor visualização da hierarquia e maior compreensão da instituição.

Todos os órgãos têm como responsabilidade, listar as atribuições de cada função pertinente ao órgão, uma vez que seria inviável a relação dessas atribuições em um

<sup>31</sup> “A departamentalização por clientela constitui o agrupamento de atividades realizado com a base nos tipos de clientes a serem atendidos” (SOUZA, 1985., p. 41).

<sup>32</sup> A característica básica deste tipo de estrutura, também denominada estrutura linear ou militar, é que nela tanto a autoridade administrativa quanto a técnica são distribuídas segundo uma única linha que, partindo do nível mais elevado da empresa, flui sem interrupção até atingir os elementos situados em seu último nível. Ela é a mais antiga e simples forma de estrutura, e todos os atos praticados pelos seus integrantes são de inteira responsabilidade dos respectivos chefes. Dessa forma cada elemento da estrutura se reporta a um único superior e dele recebe todas as ordens e instruções (Ibid., p. 60).

<sup>33</sup> A estrutura de linha assessoria tem como característica básica a existência de “certos órgãos aos quais somente se atribui autoridade consultiva” (Ibid., p. 62).

<sup>34</sup> O organograma clássico é um tipo de organograma no qual as diversas unidades ou órgãos que compõem a organização são representados por retângulos enquanto que as relações de autoridade, nos seus diversos tipos, são figurados através de linhas (Ibid., p. 53).

organograma tão extenso, como nos organogramas funcionais, e que continua se expandindo com o crescimento do hospital, apesar de não apresentar um acompanhamento registrado formalmente, fato que limita a descrição cronológica dos serviços criados, dos extintos ou dos que se fizeram junções, como salienta um gerente entrevistado. Porém, para se ter uma noção, segue a distribuição da área física, no período de elaboração do projeto para construção do HU, em 1976.

Para o primeiro Pavimento, foram destinados: A – Ambulatório, A 13 – Cirurgia Ambulatorial, A 14 – Radioterapia, B 1 – Emergência, B 2 – Hemoterapia, C 1 – Administração, C 2 – Corpo Discente, C 3 – Administração, D – Refeitório Geral, E 1 – Cozinha, E 2 – Oncologia, F – Psiquiatria, G – Laboratório Central, H 3 – Patologia, I J – Caldeira e Energias, K – Engenharia. Manutenção, Sub-Solo – Lavanderia. Almoxarifado (SÃO THIAGO, 1983, p. 90).

Para o segundo Pavimento foi projetado: B 1 – Bloco Obstétrico, B 2 – Ginecologia, C 1 – Berçário. Lactário. UTI infantil. C 2 – Administração de Pediatria e Ginecologia, C 3 – Maternidade, E 1 – Internação de Pediatria, K – Farmácia Semi-Industrial (Ibid., p. 91).

Para o terceiro Pavimento foi destinado: B 1 – Central de Esterilização, B 2 – Coronárias e Diálise Peritoneal, C 1 – Internação Clínica Médica, C 2 – Chefias de Clínica Médica, C 3 – Internação de Clínica Médica, E 1 – Internação de Clínica Médica (Ibid., p. 91).

E por fim, o quarto Pavimento deveria compor as seguintes alas: B 1 – Centro Cirúrgico, B 2 – Recuperação Pós-Anestésica e UTI adultos, C 1 – Internação de Clínica Cirúrgica, C 2 – Chefias de Clínica Cirúrgica, C 3 – Internação de Clínica Cirúrgica, E 1 – Internação de Clínica Cirúrgica (Ibid., p. 91).

A partir desta primeira distribuição física, outras propostas foram apresentadas, segundo as reformulações que o projeto sofreu indo até o início de suas obras, momento em que o Hospital começou a criar vida e não parou mais de crescer como foi constatado nas entrevistas. Após sua inauguração e funcionamento, sentiu-se a necessidade de estabelecer normas gerais para que as atividades fossem realizadas com eficiência.

A Comissão de 1980, então, com o apoio dos registros e dos levantamentos quanto às características do hospital, sua distribuição física, objetivos estabelecidos, e outras considerações, pôde criar o organograma e o seu Regimento Interno, que vigorou até 1992, quando teve sua única reformulação, embora tenha existido outras tentativas de reformulação sem êxito.

Segundo a afirmação de um sujeito da pesquisa, houve 23 reuniões, às segundas-feiras, da Comissão coordenada pelo Diretor Geral do período, Prof. Alberto Chterpensque, tendo como relator do processo de mudança do Regimento, o Vice Diretor, Prof. Marcelino Osmar Vieira.

Dessa Comissão, faziam parte 06 membros da direção, os coordenadores de curso, os chefes de departamento, os representantes dos alunos, os representantes das categorias funcionais do HU e 2 servidores de cada diretoria.

Os estudos para a reformulação do Regimento Interno contaram com o documento já existente e com propostas recebidas da comunidade, resultando numa Proposta Geral que foi discutida detalhadamente.

Foi um processo de inúmeras discussões, algumas consideradas mais conflitantes, como por exemplo, a sugestão que todos os chefes de divisão fossem de nível superior, contra-argumentada por alguns que acreditavam ser suficiente ter nível técnico, dependendo da área.



Outro conflito tomou força, quando foi sugerido para excluir os coordenadores de curso da representação, deixando apenas os chefes de departamento, pois alegou-se que estava existindo uma dupla representatividade e não desejavam perder sua hegemonia. Sobre esse conflito, foi relatado o seguinte:

Não se mexe nisso porque tem interesses. Se eu mexer, não conseguirei tirar os coordenadores de curso, então não mexo. As pessoas querem ter hegemonia de poder. Querem a sua representatividade hegemônica e que as decisões sejam não democráticas, mas hegemônicas (1.126).

A Proposta de Regimento Interno, finalizada e aprovada por esse Conselho Diretor, foi encaminhada ao Reitor que o aprovou praticamente na sua totalidade, exceto a sugestão de excluir os coordenadores de curso do Conselho. Foi publicado no Boletim de Pessoal da Universidade em 24 de março de 1992.

O **Regimento Interno**, denominado “manual da organização” por Souza (1985, p. 89) é **definido** como:

Um documento que tem como finalidade especificar, de forma clara e objetiva as atribuições dos diversos componentes, a responsabilidade, a autoridade e a competência dos diversos elementos que integram uma organização.

Sendo assim, o Regimento Interno do HU da Universidade Federal de Santa Catarina é um documento oficial, caracterizado como instrumento normativo da instituição, de modo a garantir o seu funcionamento.

O Hospital Universitário “é um Hospital Geral”, que se encontra “diretamente vinculado ao Reitor” da Universidade com a “**finalidade** de promover assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins” (Art. 1º).

Nele existem dois **objetivos**, conforme o Art. 2º, § I e II, do Regimento Interno. O primeiro é “ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam” e o segundo é “prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária”.

Objetivo e finalidade se confundem quanto à definição conceitual, assim como a missão e a visão e, todos estes elementos, estão associados à filosofia da empresa. Esclarecendo esses conceitos, verifica-se que a **filosofia da empresa** é um conjunto de princípios, de forças diretivas e de atitudes que ajudam a comunicar as metas, planos e regras aos interessados da organização em geral, sendo reforçada mediante o comportamento dos níveis hierárquicos existentes na organização (MÁTTAR NETO, 1997).

Pode ser definida também como verdade que a organização adota, com base em seus valores<sup>35</sup>, crenças<sup>36</sup> e sua cultura<sup>37</sup>, servindo de norte para as estratégias de ação. Na maioria dos casos, ela só é percebida com o tempo, através das atitudes que cada gerente ou proprietário costuma ter nas decisões tomadas e opiniões expressas (MATOS, 1993).

E, apesar da filosofia mudar no decorrer do tempo, para se familiarizar a esses novos valores, novas crenças e novas situações de mercado, as organizações deveriam apresentá-la sob a forma de missão e de finalidade, como ressalta Máttar Neto (1997).

Para o cumprimento da missão, é necessário estar claro à instituição, onde ela deseja chegar e, uma das formas é através dos objetivos, que, no entendimento de uma entrevista do nível estratégico, traduz-se como a finalidade da empresa.

Então, no caso do HU, por exemplo, os objetivos encontrados nos parágrafos I e II, do Art. 2º do Regimento Interno, são considerados como a sua finalidade, ou seja, sua causa final ou algo que a instituição se destina.

---

<sup>35</sup>Valor é o “prêmio que se atribui às crenças, quando essas são adequadamente claras para se fazerem escolhas entre diversas alternativas possíveis” (MÁTTAR NETO, 1997, p. 229).

<sup>36</sup>Crença é a “aceitação como verdade, de fatos, declarações ou um conjunto de circunstâncias” (Ibid., p. 229).

<sup>37</sup>Cultura é definida como “padrões de comportamento, idéias centrais transmitidas por ações, conjunto de valores primordiais” (Ibid., p. 229).

No entanto, estudando os conceitos de finalidade e objetivos, essa consideração torna-se distorcida, pois a pesquisadora define que os objetivos de uma organização é o meio, o caminho, ou ainda, a ação traçada para se chegar na finalidade da organização.

A **missão** é definida como o compromisso a se cumprir, uma responsabilidade especial a assumir no meio que se encontra inserido (MÁTTAR NETTO, 1997).

E, esse compromisso, no entendimento de Siqueira (2001), são os propósitos, representando os serviços/setores de um campo de atuação definido, que neste caso é da área da saúde e que faz a organização/empresa alcançar sua missão. A missão tem como objetivo essencial, atender uma necessidade e ela está relacionada com o comportamento, englobando quatro elementos, a saber:

**Finalidade** (a razão de existir da empresa), **estratégia** (a posição competitiva e a competência distinta), **valores** (aquilo em que a empresa acredita) e **padrões e comportamentos** (que suportem a competência distinta e os valores) (MÁTTAR NETO, 1997, p. 231).

Aprofundando um pouco mais o significado de tais elementos, define-se que a estratégia é “um conjunto de ações, de atitudes obtidas através da reflexão dialógica dos trabalhadores da organização/empresa que visa o alcance dos seus propósitos” (SIQUEIRA, 2001, p. 37), sendo a melhor forma de chegar ao proposto e que, os valores, presentes na maneira que uma pessoa atua, devem estar de acordo com a missão que almeja a visão da empresa.

Pode-se dizer, portanto, que a **missão** é o meio que se usa para atingir a visão, de como será feito num momento presente, para se chegar nesta visão da empresa.

Uma comparação interessante é percebida na obra de Siqueira (2001) em que ela diz que a missão é como um ímã que atrai os colaboradores da organização através das oportunidades apresentadas, com o intuito de alcançar uma nova conquista e conseqüentemente a satisfação individual seguida da satisfação organizacional.

No caso da **visão**, ela está sempre ligada à idéia de futuro. É uma imagem futura que se faz da organização, sendo esta melhor e distinta da atual, de forma a lançar um desafio que motive os envolvidos na organização.

A visão é quase uma utopia, mas que se deve apresentar viável e possível de ser alcançada, mesmo que difícil, devendo identificar-se com os valores, cultura, filosofia da empresa e atingir a expectativa dos membros com relação às suas metas.

Enfim, ela deve “servir de inspiração e de guia para o destino da empresa [...] Precisa ser, também reforçada e repensada freqüentemente, e apoiada sempre pela alta gerência” (MÁTTAR NETO, 1997, p. 229). Tornando mais clara a definição de visão e missão, pode-se dizer então que:

A visão é a imagem a qual a organização deseja chegar, e a missão é o desafio a que a organização se lança, de justamente se deslocar para se transformar nesta imagem. A visão seria uma imagem, e a missão, o desafio de transformar esta imagem em realidade (Ibid., p. 232).

Com base nesta afirmação, pode-se concordar com Siqueira (2001) quando conclui que a concretização da missão é traduzida pela busca da qualidade, devendo esta ser constantemente perseguida, considerando tanto o coletivo quanto o individual, pois ambos se realizam no âmbito singular paralelamente à realização do todo.

Resgatando os conceitos de forma resumida, a filosofia é algo maior que leva a uma inspiração futura, a uma visão do horizonte a ser alcançado e que através da missão, tenta-se chegar, traçando objetivos, que são propósitos ou metas “com o que a organização está comprometida, e para onde está indo” (MÁTTAR NETO, 1997, p. 235) e que levam a uma estratégia de ação, capaz de concretizar a missão.

O ciclo, assim, se reinicia num processo contínuo, pois como foi relatado anteriormente, os elementos vão sendo transformados com o tempo, com a influência do ambiente interno e externo, o que gera a necessidade da empresa fazer constantes revisões de

sua filosofia, visão, missão, objetivos e estratégias. Diante do exposto, a relação dos elementos entre si pode ser expressa como na figura 12.

“A instituição hospitalar, tendo como missão, prestar assistência à saúde da população”(SIQUEIRA, 2001, p. 25), também está no sistema ilustrado na figura 12.



**Figura 12** – Sistema dos Elementos do HU

Com base nos referenciais teóricos e práticos, a autora mencionada define que a missão de um Hospital Universitário é o “compromisso da organização para com a sociedade, no que diz respeito à qualificação e formação de recursos humanos” (Ibid., p. 32) na área de saúde e, como instrumento de trabalho, faz-se uso do cuidado à saúde do paciente, uma vez que a sua criação se deu pela necessidade de formar profissionais da área de saúde.

Concordando com Siqueira, um sujeito entrevistado definiu a **Missão** do HU da UFSC da seguinte forma:

Como hospital de ensino, no meu entendimento, a primeira missão do Hospital é ser centro de referência estadual para a formação de Recursos Humanos na área de saúde. Esse é o cerne da missão e óbvio que, a formação dos Recursos Humanos tem como propósito não apenas formar o técnico, mas formar o cidadão com conceitos éticos, morais e de responsabilidade social e aí tenho que obrigatoriamente pensar

que é uma missão muito árdua porque o grau de responsabilidade é muito grande, até porque o nosso produto, nossa matéria-prima de ensino é o ser humano, e a missão do Hospital não é assistir o paciente, mas ser centro formador de Recursos Humanos na área de saúde e outras áreas, sem deixar de tomar cuidado com a melhor e adequada assistência possível. Tem uma frase do Leandro Tocantins[...] publicada na revista *Medicina* de 1962: **‘Os pacientes se encontram no Hospital para serem assistidos e não para serem utilizados como instrumento de ensino e é promovendo a melhor assistência que se dará condições de promover o melhor ensino’**. Isso é fundamental (1.131).

Vale ressaltar aqui que essa missão definida é uma interpretação pessoal, à respeito do assunto, uma vez que não foram encontrados registros que definissem formalmente qual seria a missão, bem como a visão do Hospital Universitário.

Existem duas classificações para a missão organizacional: a fechada que deixa explícito o produto (bem/serviço) e, a aberta “que estabelece uma satisfação genérica do ambiente, sem identificar os produtos e/ou serviços” (MÁTTAR NETO, 1997, p. 234).

Analisando esta classificação, pode-se dizer, então, que a missão do Hospital Universitário é fechada, já que fica claro o ramo de atividade, que é o atendimento à saúde das pessoas.

Esta idéia de missão no Hospital Universitário é a que move a instituição em busca da **Visão**, pois seria interessante para ele:

Que pudéssemos ter um Hospital completamente qualificado do ponto de vista da estrutura física, adequada com obras, com equipamentos, com Recursos Humanos adequado, tanto na quantidade quanto na qualidade. Que tivéssemos uma padronização, na medida que é permitida, de todos os processos que praticássemos com a certeza, de um ensino e de uma formação de Recursos Humanos que nós entendêssemos ser o ideal, garantindo com isso, sempre a melhor e a ideal assistência aos pacientes ‘E’, estou indo um pouco além[...] sendo visionário[...], permitindo que todos aqueles que tivessem a pretensão de se formar adequadamente, que tivessem condições para isso, uma vez que tivessem condições de se formar adequadamente que também possibilitassem a toda a clientela que nos procura, a satisfação dos serviços (1.132).

A visão e a missão de uma organização são elementos fundamentais para a sobrevivência da empresa. E, no Hospital Universitário, não se tem muito claro a definição de cada uma delas, tanto para os indivíduos, quanto para o próprio Regimento Interno, o que é importante considerar, pois ambas são imprescindíveis na elaboração e eficiência do Regimento Interno e no redirecionamento dos esforços dos colaboradores.

Cabe salientar também, que tais finalidades e objetivos, variam quanto à sua relevância prática devido às diferentes idéias e valores que os colaboradores da instituição trazem consigo, bem como o envolvimento deles com a evolução das necessidades apresentadas no dia-a-dia do Hospital, ou seja, cada colaborador, com sua maneira de perceber o mundo, tem também uma visão ímpar, que de forma integrada pode construir a visão da instituição, uma meta a ser alcançada, algo que deve ser maior do que o já realizado. Por exemplo, o constante aperfeiçoamento da assistência e da formação de recursos humanos.

Por este motivo, a instituição tem o papel de deixar claro aos colaboradores, qual é a sua missão e quais são seus valores, fazendo cada um ter a consciência de que faz parte deste sistema e perceber que tem seus desejos individuais reconhecidos, através da abertura à participação, ao estímulo da criatividade e desenvolvimento de uma cultura flexível, que valoriza o lado profissional, mas também o pessoal (MATOS, 1993).

O resultado da consciência acerca da missão institucional é a integração dos trabalhadores. Tal integração simboliza o respeito de um pelo outro, na questão de sua visão particular e seus interesses, aproveitando a mente de cada um na espera de resultados satisfatórios e eficazes (SIQUEIRA, 2001).

No ambiente de constantes mudanças nas quais as organizações estão inseridas, essa questão da integração dos trabalhadores é muito valorizada para que se encontre o melhor meio de se chegar na missão com a participação de todos.

No Regimento Interno, é possível verificar que algumas obrigações se destacam no que tange à integração docente assistencial (Art. 3º), fazendo-se imprescindível ao ponto de exigir que o HU e a Administração Superior da UFSC se obriguem a buscar e encontrar meios que atendam essa integração (Art. 3º, § único), uma vez que, como cita o Art. 4º, o Hospital Universitário, aliado aos Departamentos de Ensino, deve “desenvolver assistência voltada às atividades de ensino, pesquisa e extensão”.

A hierarquia do Hospital Universitário pode ser apresentada na seguinte ordem decrescente: Administração Superior, Diretorias Setoriais, Divisões, Serviços e Seções, além das Comissões Temporárias e Permanentes, que serão descritas posteriormente, de forma mais detalhada, podendo ser visualizadas no Organograma Geral (Anexo J).

De acordo com o organograma e o Art. 5º do Regimento Interno, verifica-se que a Direção do Hospital Universitário pertence teoricamente ao Nível Estratégico e possui autoridade deliberativa<sup>38</sup> como predominante, englobando a Administração Superior e a Setorial.

Dentro da **Administração Superior** está o Conselho Diretor (CD), a Diretoria Geral (DG) e a Vice-Diretoria (VD) (Art. 6º) e conta com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e com um Assistente de Direção (AD).

Já a **Administração Setorial** é composta por quatro Diretorias: a Diretoria de Medicina (DM), a Diretoria de Enfermagem (DE), a Diretoria de Administração (DA) e a Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) (Art. 7º). Tais Diretorias Setoriais, conforme identificado na coleta de dados, têm função gerencial direta com o seu setor e com o Diretor Geral.

O **Conselho Diretor (CD)**, conforme o Art. 8º, é um órgão que tem “funções normativas, consultivas e deliberativas”, segundo leis, regimentos, estatutos e normas inscritas na Universidade Federal de Santa Catarina.

---

<sup>38</sup> A autoridade deliberativa “confere o direito de formular políticas e de escolher ou traçar diretrizes que irão nortear o funcionamento da organização” e “deve ser conferida exclusivamente ao principal mandatário da organização. No caso de organizações de maior porte, dirigida por diretorias colegiadas, deve ser fundamentalmente atribuída a essa diretoria e, para ser exercida em caráter supletivo e eventual, aos diretores (SOUZA, 1985, p. 50-51).



Com base nos dados empíricos, sua função é de órgão deliberativo em questões de dúvidas institucionais e de políticas administrativas, de ensino, de saúde, nas quais o Hospital está envolvido. Os membros que o compõe são (Art. 9º):

- I – Diretor Geral do Hospital Universitário, que é seu presidente;
- II – Vice-Diretor do Hospital Universitário;
- III – Diretor de Medicina;
- IV – Diretor de Enfermagem;
- V – Diretor de Administração;
- VI – Diretor de Apoio Assistencial;
- VII – Diretoria do Centro de Ciências da Saúde;
- VIII – Chefes dos Departamentos de Ensino e dos Coordenadores dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde que possuam atuação efetiva no Hospital Universitário;
- IX – Quatro Servidores do quadro permanente da Universidade Federal de Santa Catarina, lotados no Hospital Universitário, sendo um de cada Diretoria Setorial;
- X – Um representante do corpo discente;
- XI – Um representante dos residentes;
- XII – Um representante da comunidade.

Algumas observações podem ser destacadas aqui, no que tange a paridade da Composição deste Conselho Diretor. No presente Artigo do Regimento Interno, percebe-se que dos membros, 10 são servidores do HU, enquanto que para os membros do CCS, docentes e discentes, chegam em média a 22 componentes em contraposição a um membro que representa a comunidade.

É sentido, neste contexto, uma hipertrofia dos órgãos de ensino e, no que diz respeito ao representante da comunidade, não fica muito claro qual seria a sua finalidade e se sua representação é legítima, visto que tal membro não disporia de maiores conhecimentos específicos do HU, desconhecendo também o seu funcionamento interno e suas necessidades.

Essa situação, segundo alguns entrevistados, poderia impossibilitá-lo de participar das decisões, por não ter argumentos ou por representar uma minoria, fato que já classificaria o seu voto como vencido, o que poderia causar um certo constrangimento no mesmo que tenderia a um auto-desligamento futuro de tal Conselho.

Diante desta reflexão, foi sugerido por um dos gestores entrevistados, a realização de novas considerações quanto à composição dos membros deste Conselho Diretor, que possivelmente poderia ser distribuído com maior igualdade de representação para cada órgão e, a extinção deste representante da comunidade. No entanto, uma análise desta sugestão é oportuna, para rever se a necessidade maior não seria a de aumentar o número desses representantes da comunidade.

Cada um dos membros do Conselho Diretor (CD) possui uma política peculiar sobre sua eleição e, um prazo para atuar, como estão inscritos no Regimento, do parágrafo 1º ao 5º e que não se faz necessário apontar no momento.

As reuniões deste Conselho Diretor ocorrem bimestralmente ou quando solicitado pelo seu presidente ou pela maioria de seus membros, “constando da convocação, a pauta da reunião” (Art. 10º), com quarenta e oito horas de antecedência mínima, sendo a mesma realizada apenas com a presença da metade mais um de seus membros, que são possuidores de voto simples, tendo direito de voto quantitativo e qualitativo, apenas o presidente (Art. 11º).

Conforme o Art. 12º, **as competências do Conselho Diretor (CD)** são as seguintes:

- I - Promover a integração docente assistencial;
- II - Apreciar os projetos de pesquisa e extensão a serem desenvolvidos no Hospital Universitário, previamente aprovados pelas Comissões de Ética respectivas;
- III - Definir a política hospitalar em consonância com as normas vigentes na Lei Orgânica de Saúde;
- IV - Estabelecer medidas que visem à melhor técnica e/ou administrativa do Hospital Universitário;
- V - Apreciar o plano anual de trabalho, incluindo a proposta orçamentária a ser encaminhada à Reitoria;
- VI - Estabelecer normas e critérios para consulta prévia a serem aprovadas pelo Reitor, cuja consulta fornecerá subsídios ao mesmo para nomeação do Diretor Geral e Vice-Diretor do Hospital Universitário, bem como designar comissão para coordenar o processo;

VII - Elaborar e submeter à aprovação do Reitor seu próprio Regimento e Regulamentos das Diretorias Setoriais;

VIII - Propor à Reitoria, as alterações do presente Regimento desde que aprovadas por dois terços dos seus membros;

IX - Deliberar sobre questões omissas neste Regimento desde que aprovadas 'ad referendum' pelo Diretor Geral.

Percebe-se a necessidade de reestruturação do Conselho Diretor, tanto na prática, quanto no Regimento Interno que estabelece um número elevado de membros, como se confirma no Art. 9º, tornando-o inoperante, se considerar as afirmações de um diretor estratégico entrevistado.

Devido a esse fator, as decisões que deveriam ser tomadas pelo Conselho Diretor, passaram para a responsabilidade da Diretoria Geral e Setorial que se reúne semanalmente, com eventuais assessoramentos de alguns técnicos, conforme a área de conhecimento que estiver em questão.

Seria interessante, rever o número de membros da composição do Conselho Diretor, pois é necessário:

[...] Assumir a decisão como se fosse do grupo, integração, isso tu não consegues com trinta e cinco pessoas nunca,[...] Até quinze, você consegue trabalhar, coloca numa sala pequena. Trinta e cinco pessoas já é uma sala de aula, permite que um grupo converse diferente do outro, facilita o desentendimento (1.127).

Esta afirmação induz a refletir sobre a situação do Conselho Diretor, pois é sabido que o trabalho grupal, em que muitos pensam diferente é trabalhoso e, neste sentido, a liderança por parte do chefe deve ser o fator principal para ação no grupo, tendo muita paciência e democracia.

Neste sentido, se o Conselho Diretor é considerado inoperante com o número de membros que possui, é de se questionar a sua não reestruturação até o momento, bem como o estudo de uma forma que possa fazer este Conselho levar à sério o seu papel, se este for relevante para a instituição.

Além desses fatores, o não funcionamento do Conselho Diretor na sua forma ideal, traz desvantagens que estão diretamente relacionadas aos itens VIII e IX de suas competências.

Tal fato mantém o Regimento Interno obsoleto neste aspecto, pela ausência da integração de seus membros, para entender a situação que o Hospital Universitário está atravessando e com isso ter argumentos e ferramentas que possibilitem a discussão de suas normas e antes de tudo de suas funções e setores, para reformulações que aumente a funcionalidade da instituição e para o preenchimento de lacunas que possivelmente não abrangeria toda a estrutura hospitalar.

A **Diretoria Geral (DG)** e a **Vice-Diretoria (VD)** devem ser ocupadas por docentes da área de saúde que estejam atuando de forma efetiva no Hospital Universitário, por três anos, no mínimo (Art. 13º). A nomeação dos cargos é realizada pelo Reitor, por um mandato de quatro anos (Art. 14º).

Tanto o cargo da Diretoria quanto o da Vice-Diretoria devem ser facultativos e se dedicarem exclusivamente a essas atividades em tempo integral (Art. 13º, § único), contando com uma Secretaria Administrativa, como cita o Art. 15º.

A exigência de que o cargo deverá ser ocupado por uma pessoa que já está atuando três anos no hospital foi uma das alterações aprovadas na reformulação do Regimento Interno em 1992, determinada para que não se corra o risco do cargo ser ocupado por alguém externo ao Hospital Universitário, conforme afirmou um sujeito entrevistado.

Sobre a nomeação dos cargos, foi constatado pelas entrevistas que o Diretor Geral escolhe os cargos de confiança exceto na enfermagem, que foi organizado uma eleição em que se aprova um candidato por unanimidade para sugerí-lo ao Diretor Geral que tem a liberdade de aprovar ou não.

A ocupação dos cargos por indicação acaba sendo um fator limitante ao bom desenvolvimento das chefias que se tornam submissas aos que as promoveram para tal posição. É por isso que a eleição é importante.

O Vice-Diretor do Hospital Universitário, sempre que necessário, deve substituir o Diretor Geral e também realizar outras atividades que este estabelecer (Art. 17º). Porém, dada a importância desse cargo, a expressão “substituir o Diretor Geral”, não mostra o plano de atividades que ocorre entre esses cargos.

Tal plano foi identificado apenas na coleta de dados e ele existe informalmente, uma vez que o Diretor Geral, no dia-a-dia, transfere atividades burocráticas que dispendem tempo, ao Vice-Diretor, como por exemplo, relatórios a serem formatados, deixando o Diretor Geral livre para resolver o seu acúmulo de obrigações.

Além disso, o Diretor Geral, divide algumas tarefas também, que são da área de formação profissional do então Vice-Diretor, tudo de uma forma flexível e informal.

Vale ressaltar também que a exigência determinada no Art. 13º limita para apenas docentes, a ocupação dos cargos de Diretoria Geral e Vice-Diretoria o que torna importante rever as vantagens e desvantagens, de oferecer os cargos para docentes ou para apenas profissionais do mercado.

Os órgãos da Direção Geral estão dispostos, conforme Anexo K e como **atribuições**, o **Diretor Geral** do Hospital Universitário deve se atentar aos itens do Art. 16, abaixo relacionados:

- I - Convocar e coordenar as reuniões do Conselho Diretor;
- II - Sugerir a nominata para o exercício dos cargos de chefia das Diretorias Setoriais, a serem nomeados pelo Reitor;
- III - Representar o Hospital Universitário junto à Administração Superior da Universidade Federal de Santa Catarina, demais órgãos governamentais e onde se fizer necessário;
- IV - Propor ao Reitor, após análise de projetos, a criação ou extinção de Divisões, Serviços ou Seções, além das Comissões Permanentes e Temporárias;

V - Zelar pela disciplina no Hospital Universitário;

VI - Cumprir e fazer cumprir o Estatuto e Regimento Geral da Universidade Federal de Santa Catarina, as determinações do Reitor, as deliberações do Conselho Diretor, este Regimento e as normas vigentes no Hospital Universitário;

VII - Elaborar plano anual de trabalho a ser apresentado ao Conselho Diretor, contendo proposta orçamentária do Hospital Universitário para análise e apreciação;

VIII - Elaborar relatório anual do Hospital Universitário para apreciação do Conselho Diretor, até 31 de janeiro do ano seguinte ao exercício;

IX - Mandar licitar e ordenar as despesas nos processos de compra de materiais permanentes e de consumo para o Hospital, dentro das normas vigentes no Serviço Público Federal e na Universidade Federal de Santa Catarina;

X - Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.

De uma forma mais generalizada, os dados apontam que a Diretoria Geral define a política institucional e administra de uma forma mais ampla, tendo o papel de garantir a funcionalidade da instituição.

E, a principal forma de garantir esta funcionalidade é tendo condições para motivar os colaboradores, o que não é fácil, principalmente pela escassez de recursos que o Hospital Universitário se encontra. Aqui, volta-se novamente à questão de conscientizar a todos da missão da instituição, para que tenham compromisso com seu trabalho motivado pela visão, tanto esperada.

Percebe-se que o item IV, das atribuições do Diretor Geral, limita-se às determinações do MEC – Ministério da Educação, que fez algumas alterações no organograma do Hospital em 1996, segundo entrevistados, levando à redução de cargos e funções, que aparentemente ainda se encontram excessivas, obrigando o HU a fazer uma readaptação, conforme suas exigências.

Frente a esta realidade, levanta-se uma explicação lógica para o que acontece com o organograma, que se diferencia da prática, prejudicando a maioria dos órgãos em sua produtividade e também das conseqüências que isto gera na formação do Regimento Interno, por estar diretamente relacionado ao organograma.

Sente-se assim, a necessidade de re-adequar o organograma e o Regimento Interno de acordo com o enxugamento dos cargos para que a estrutura formal esteja em harmonia com a prática.

Seria relevante, portanto, antes do Regimento Interno, uma reestruturação no organograma, como opina um diretor:

O organograma seria assim: redefinir na sua diretoria, quantas divisões são de fato necessárias hoje, no novo contexto, quantos serviços seriam de fato necessários, e quantas seções, e ter um organograma adequado a nova realidade do Hospital [...] (1.30)

Diante deste conhecimento o que falta é unir esforços para melhorar a funcionalidade da instituição. Seguindo com o Art. 18º, tem-se que a **Diretoria de Medicina (DM)** “é o órgão responsável pelas atividades de assistência médica no Hospital Universitário, assim como o elo de ligação entre o hospital e os departamentos nas atividades de ensino, pesquisa e extensão na área médica” e que conta com uma seção de expediente (Art. 18º, § 2º).

O diretor deste órgão deve ser um médico do corpo clínico<sup>39</sup> do Hospital Universitário, com experiência mínima de três anos, indicado pelo Diretor Geral e nomeado pelo Reitor, atuando em tempo integral e dedicação exclusiva ao cargo (Art. 19º).

Essa Diretoria possui as atribuições, abaixo destacadas, conforme o Art. 20º e, sua hierarquia pode ser visualizada no Anexo L:

- I - Chefiar o corpo clínico do Hospital Universitário;
- II - Representar o Hospital Universitário junto aos órgãos de classe médica;
- III - Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar as atividades da Diretoria de Medicina;
- IV - Assessorar o Diretor Geral em assuntos de sua competência;
- V - Avaliar, com as Divisões, seus respectivos planejamentos e relatórios anuais;
- VI - Apreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminhá-las ao Diretor Geral;

---

<sup>39</sup> O corpo clínico do Hospital Universitário é composto por médicos docentes e servidores médicos nele lotados, chefiados por este Diretor de Medicina.

VII - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste Regimento e as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua Diretoria;

VIII - Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais;

IX - Estimular e apreciar o desenvolvimento da pesquisa clínica no âmbito do Hospital Universitário;

X - Garantir que os programas pedagógicos desenvolvidos através da assistência, realizem-se conforme as diretrizes propostas pelas chefias dos respectivos departamentos;

XI - Garantir o apoio necessário ao desenvolvimento nos cursos de pós-graduação da área médica;

XII - Promover e estimular a Educação continuada do Corpo Clínico através de reuniões clínicas, incentivos ao Centro de Estudos do Hospital Universitário e intercâmbio com outras Instituições de ensino médico;

XIII - Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.

A **Diretoria de Enfermagem** (Art. 21º) é o órgão que se responsabiliza “pela assistência de Enfermagem no Hospital Universitário, assim como elo de ligação com o Departamento de Enfermagem nas atividades de ensino, pesquisa e extensão nele desenvolvidas”.

Este órgão busca um Diretor que seja enfermeiro do quadro permanente da Universidade Federal de Santa Catarina, lotado no Hospital Universitário ou um enfermeiro docente do Centro de Ciências da Saúde que trabalhe no Hospital Universitário três anos ou mais.

Com base no Art. 22º, o diretor deste órgão é indicado pelo Diretor Geral e nomeado pelo Reitor, com regime de tempo integral e dedicação exclusiva. Porém, como já foi comentado, o cargo no corpo de enfermagem passa por uma eleição, para apresentar o candidato ao Diretor Geral.

O Organograma da Diretoria de Enfermagem e suas Divisões está ilustrado no Anexo M e as atribuições, deste Diretor, são (Art. 23º):

I - Chefiar a equipe de enfermagem no Hospital Universitário;

II - Representar o Hospital Universitário junto aos órgãos de classe da enfermagem e onde se fizer necessário;

III - Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar as atividades da Diretoria de Enfermagem;



IV - Assessorar o Diretor Geral em assuntos de sua competência;

V - Avaliar, com as Divisões, seus respectivos planejamentos e relatórios anuais;

VI - Appreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminhá-las ao Diretor Geral;

VII - Cumprir as disposições deste Regimento e as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua Diretoria;

VIII - Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais;

IX - Estimular e apoiar o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem no âmbito do Hospital Universitário;

X - Garantir que os programas pedagógicos desenvolvidos através da assistência, realizem-se conforme as diretrizes propostas pelas chefias dos respectivos Departamentos;

XI - Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.

O “órgão responsável pelas atividades de apoio à assistência”, a **Diretoria de Apoio Assistencial (DAA)**, colabora também com o ensino, pesquisa e extensão nas áreas de atuação de seus serviços” (Art. 24º).

O Diretor deste órgão deve ser um “servidor de nível superior, docente ou técnico-administrativo do quadro permanente da Universidade Federal de Santa Catarina”, com atividades no Hospital Universitário por no mínimo três anos, que também é “sugerido pelo Diretor Geral e nomeado pelo Reitor”, com atividade de tempo integral e dedicação exclusiva (Art. 25º), contendo uma seção de expediente (Art. 25º, § único).

A hierarquia desta Diretoria encontra-se no Anexo N e as **atribuições do Diretor de Apoio Assistencial** são (Art. 26º):

I - Garantir a representação do Hospital Universitário junto aos órgãos de classe dos componentes de sua Diretoria e onde se fizer necessário;

II - Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar as atividades da Diretoria de Apoio Assistencial;

III - Assessorar o Diretor Geral em assuntos de sua competência;

IV - Avaliar, com as chefias de Divisões, seus respectivos planejamentos e relatórios anuais;

V - Appreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminhá-las ao Diretor Geral;

VI - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua Diretoria;

VII - Estimular e apoiar o desenvolvimento da pesquisa no âmbito do Hospital Universitário;

VIII - Promover e estimular a Educação continuada nas diversas áreas no âmbito de sua Diretoria;

IX - Garantir que os programas pedagógicos desenvolvidos através da assistência, realize-se conforme as diretrizes propostas pelas chefias dos respectivos Departamentos;

X - Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais;

XI - Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.

A última **Diretoria**, a **de Administração**, com organograma ilustrado no Anexo O, se responsabiliza “pela coordenação do sistema administrativo do Hospital Universitário” (Art. 27º, p. 11).

“O Diretor de Administração será um administrador<sup>40</sup> do quadro permanente da Universidade Federal de Santa Catarina, lotado no Hospital Universitário (ou um Administrador Docente)”, que tenha atuado por, no mínimo, três anos no Hospital Universitário. O seu nome é “sugerido pelo Diretor Geral e nomeado pelo Reitor”. Realizará sua atividade em tempo integral e dedicação exclusiva (Art. 28º), contando com uma seção de expediente (Art. 28º, § único). São **atribuições do Diretor de Administração** (Art. 29º):

I - Representar o Hospital Universitário junto aos órgãos de classe dos integrantes de sua Diretoria e onde se fizer necessário;

II - Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar as atividades da Diretoria de Administração;

III - Assessorar o Diretor Geral em assuntos de sua competência;

IV - Avaliar, com as chefias de Divisões, seus respectivos planejamentos e relatórios anuais;

V - Apreciar todas as propostas e pedidos dos chefes de Divisões e Serviços antes de encaminhá-los ao Diretor Geral;

VI - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste Regimento e as normas e rotinas em vigor no âmbito de sua Diretoria;

VII - Prestar contas anualmente do inventário dos bens patrimoniais em uso no Hospital Universitário, encaminhando ao Diretor Geral em data conforme, orientação dada pelo Tribunal de contas da União;

VIII - Definir diretrizes quanto à gerência de receitas, desembolso, orçamentos e custos de produção em consonância com a Administração Superior do Hospital Universitário;

IX - Definir política relativa ao suprimento de materiais de consumo e permanente do Hospital Universitário;

X - Coordenar as atividades inerentes à área de Recursos Humanos;

<sup>40</sup> Essa exigência para o cargo de Diretor Administrativo ser um administrador também foi uma das sugestões aprovadas na reformulação do Regimento, em 1992 (1.124).

XI - Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais;

XII - Executar outras atividades inerentes à área ou que venham a ser delegadas pela autoridade competente.

Verifica-se que dos órgãos citados até o momento, todos fazem parte do nível estratégico e têm a autoridade deliberativa como predominante. Além disso, fica claro também que todas as chefias das Diretorias possuem o mesmo processo de admissão e a mesma política de trabalho.

Já as Divisões que não são apenas órgãos de planejamento tático, mas também de “controle operacional das Diretorias Setoriais” (Art. 30º), possuem autoridade que oscila, prevalecendo a administrativa ou hierárquica<sup>41</sup> e a técnica ou funcional<sup>42</sup> e, tem como atribuição (Art. 31º, p. 12):

Planejar, organizar, dirigir, controlar e coordenar todas as atividades de sua área de abrangência em relação à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão, cumprindo as Diretrizes emanadas da Administração Superior e Diretorias Setoriais.

A pessoa desse cargo deve ser um profissional de nível superior, indicado pelo Diretor Geral, juntamente com os Departamentos de Ensino da área e nomeado pelo Reitor, com funções de regime integral (Art. 31º, § único).

Apesar de estar oficializado, na época da alteração do Regimento Interno, constata-se em algumas opiniões dos entrevistados que a exigência de nível superior, foi repensada, considerando que, para algumas áreas como de Administração e/ou Apoio Assistencial, apenas um “bom técnico” poderia assumir o comando, porém, faz-se necessário um estudo que levante as vantagens e desvantagens desta reformulação.

---

<sup>41</sup>A autoridade administrativa ou hierárquica “confere o direito de determinar as atividades a serem desenvolvidas com vista a fazer cumprir o que foi deliberado” (SOUZA, 1985, p.50) e “deve ser conferida a todos aqueles que tiverem responsabilidade de supervisionar o trabalho de outras pessoas de forma a definir claramente a cadeia de comando a ser observada na organização” (Ibid., p. 52).

<sup>42</sup>A autoridade técnica ou funcional “é a que confere o direito de definir os procedimentos a serem observados na execução das tarefas relativas a um determinado número de atividades homogêneas cujo grupamento é denominado função (Ibid., p. 50) e “deve ser conferida aos órgãos que ficarão encarregados de orientar os órgãos responsáveis pela execução quanto aos procedimentos que eles deverão observar para o adequado processamento dos serviços” (Ibid., p. 52).

Existem onze Divisões oficiais, que estão representadas no Organograma do Hospital Universitário, conforme os Anexos J e de L a O: Divisão Auxiliar de Pessoal (DAP), de Administração (DAD) e de Manutenção e Serviços Gerais (DMSG), que fazem parte da Diretoria de Administração(DA); a Divisão de Apoio Assistencial (DAA) e a de Diagnóstico Complementar (DDC), da Diretoria de Apoio Assistencial (DAA); as Divisões de Clínica Médica (DCM), de Clínica Cirúrgica (DCC), de Pediatria (DPT) e de Tocoginecologia (DTG), da Diretoria de Medicina (DM) e as Divisões de Pacientes Externos (DPX) e de Pacientes Internos (DPI), da Diretoria de Enfermagem (DE).

Na prática, porém, passaram a existir, treze Divisões, pois a Diretoria de Enfermagem ao realizar um estudo de sua estrutura organizacional elaborou um novo organograma, em maio de 2000, que atualmente é aplicado para o funcionamento de suas atividades, como se verifica no Anexo P.

Portanto, as outras Divisões permanecem iguais e a de Enfermagem se apresenta da seguinte forma: Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório (DEEA), antiga DPX; Divisão de Enfermagem Médica (DEM); de Enfermagem Cirúrgica (DEC), de Enfermagem Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (DESCAM), antiga DPI, porém, as duas divisões extra-oficiais, não são remuneradas.

A dificuldade para que essa nova estrutura funcional seja considerada, não só no âmbito informal, como também no formal, se dá pela reformulação que o MEC realizou em 1996, extinguindo cargos e funções, ainda relevantes para o bom funcionamento das atividades da instituição, realidade sentida em todos os setores, como já foi comentado.

A descrição do Regimento com as informações dos entrevistados se complementam evidenciando suas particularidades, para melhor entender o definido oficialmente e o realizado na prática.

Essa mesma observação pode ser evidenciada na questão dos Serviços e Seções que também são muito generalizadas, como se constata nos próximos parágrafos.

Mas, tal generalização é de certa forma vantajosa, por dar maior flexibilidade e liberdade aos membros dos órgãos para se adaptarem às situações que surgem no dia-a-dia, dentro de determinada regra geral do Regimento Interno.

Na categoria funcional, dos Serviços, a autoridade é técnica ou funcional e um pouco administrativa ou hierárquica (Souza, 1985), são considerados “órgãos de execução em relação à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão, devendo cumprir as diretrizes emanadas da Administração Superior, Diretorias Setoriais e das Divisões respectivas” (Art. 32°).

Apesar dos serviços possuírem autoridade técnica e estarem no nível operacional, em algumas situações, dependendo do ocupante do cargo e da característica do serviço, foi constatado que realizam atividades do nível tático com autoridade administrativa. Isso se dá pelo fato do chefe do serviço em questão assumir para si responsabilidades além das suas, o que não é proibido, mas não é obrigatório também.

Os **Chefes de Serviços**, como a maioria dos cargos do Hospital Universitário, são escolhidos pelo Diretor Geral e nomeados pelo Reitor, com suas atividades executadas em período integral (Art. 33°) e suas **atribuições**, com base no Art. 34°, são:

- I - Planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e propor normas para o bom funcionamento do Serviço;
- II - Coordenar as atividades de assistência com as de ensino, pesquisa e extensão;
- III - Supervisionar o cumprimento das normas estabelecidas pelo Serviço;
- IV - Organizar os meios necessários para cumprir as determinações emanadas da Administração Superior, Diretoria Setorial e da Divisão respectiva.

As **Seções**, última categoria organizativa, tendo a autoridade técnica ou funcional como base (SOUZA, 1985), “são áreas operacionais subordinadas aos Serviços” (Art. 35°) aos quais se encontram vinculadas.

Sua existência se faz necessária quando um serviço é amplo e complexo para apenas um chefe. Os chefes destes órgãos, em conjunto com os dos Serviços e Divisões, “deverão transferir aos seus sucessores, mediante termo de responsabilidade, visado pelo Diretor do Hospital Universitário, os respectivos bens patrimoniais” (Art. 35º).

Além disso, as três chefias, deverão administrar e também “desenvolver suas atividades fins conforme especificado no manual de atribuições”, como determinam os Art. 36º e 37º.

Com relação à criação ou extinção de Divisões, Serviços e Seções, deve ser preparado um processo burocrático, em que se analisa uma proposta oferecida pela Diretoria Setorial ao Diretor Geral, que estando de acordo, encaminha ao Conselho Diretor para exame e posterior decisão final do Reitor (Art. 38º).

Porém, na prática, “algumas chefias são ocupadas sem levar em consideração as normas estabelecidas no Regimento Interno, por não serem funcionais” (1.125), fato que confirma a necessidade de uma re-adequação do Regimento às necessidades atuais da instituição.

A estrutura organizacional do Hospital Universitário possui órgãos que são assessorias ou auditorias, com autoridade consultiva<sup>43</sup>, segundo Souza (1985) e que auxiliam na avaliação de problemas específicos ou rotineiros e são denominadas **Comissões**, podendo ser permanentes ou temporárias (Art. 39º).

Estas comissões tem as seguintes **atribuições para o seu Presidente** (Art. 40º):

- I - Coordenar as atividades da Comissão e representá-la junto à Direção Geral;
- II - Deliberar sobre a distribuição de tarefas;
- III - Convocar e presidir as sessões;

---

<sup>43</sup> A autoridade consultiva “confere o direito de opinar e oferecer aconselhamento quando solicitado” (SOUZA, 1985, p. 51), sendo “exclusiva daqueles que, na organização, desempenham funções de assessoria” (Ibid., p. 52).

IV - Solicitar as informações necessárias aos trabalhos da Comissão;

V - Elaborar relatórios que reflitam o andamento e/ou conclusão dos trabalhos.

Quanto aos **tipos de Comissões Permanentes**, pode-se citar (Art. 41º):

I - de Prontuário;

II - de Padronização de Medicamentos;

III - de Controle de Infecção Hospitalar e Higienização (CCIH);

IV - de Residência Médica;

V – de Ética e Deontologia Médica;

VI - de Abertura de Licitação.

As **atribuições de cada Comissão Permanente**, inscritas nos Art. 42º-47º, são

as seguintes:

### **Comissão Permanente de Prontuários**

I - Estabelecer normas para avaliação e organização dos prontuários;

II - Recomendar a confecção ou supressão de formulários;

III - Avaliar os prontuários, verificando a qualidade das anotações e seu preenchimento;

IV - Manter contato com os Chefes dos Serviços, transmitidos aos mesmos as observações que se fizeram recomendar;

V - Assessorar o Diretor Geral em assuntos de sua competência.

### **Comissão Permanente de Padronização de Medicamentos**

I - Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização;

II - Elaborar a lista de medicamentos padronizados, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

III - Rever e atualizar, anual ou bianualmente, a lista de medicamentos padronizados;

IV - Estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre a sua eficácia terapêutica, como critério fundamental de escola;

V - Relacionar, objetivamente, dados farmacológicos ou agentes terapêuticos propostos para uso no Hospital Universitário;

VI - Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos a medicamentos incluídos e excluídos na padronização;

VII - Servir como órgão assessor ao corpo clínico e à administração do Hospital em assuntos relacionados tecnicamente com medicamentos e produtos afins.

### **Comissão Permanente de Controle de Infecção Hospitalar e Higienização**

I - Implantar um sistema de vigilância epidemiológica que compreende a coleta, análise e divulgação dos dados mais significativos;

II - Realizar treinamentos em Serviços;

III - Elaborar normas técnicas complementares para prevenção de infecção mais incidente, com ênfase na regulamentação das necessidades e medidas de isolamento e acompanhamento de sua aplicação;

IV - Sugerir medidas que resultem na higienização, prevenção e redução das infecções hospitalares;

V - Implementar todas as medidas recomendadas e supervisionadas as suas aplicações;

VI - Implantar controle do uso de antimicrobianos;

VII - Preparar, com o Diretor Geral, relação de casos de doenças de notificação compulsória, a ser remetida ao órgão Estadual de Saúde de sua Jurisdição.

### **Comissão Permanente de Residência Médica**

I - Propor, anualmente, ao Conselho Diretor, o número de vagas para residentes e alunos de pós-graduação e sua distribuição por Serviço;

II - Elaborar o Edital de inscrição e a sistemática a ser usada para demissão;

III - Elaborar próprio regimento e submeter a aprovação do Conselho Diretor do Hospital Universitário;

IV - Elaborar o manual de atribuições dos residentes;

V - Manter estreito contato com as demais Diretorias Setoriais envolvidas com a Residência;

VI - Prestar assessoramento à Administração Superior em assuntos de sua competência;

VII - Manter esquema de avaliação periódica dos programas de residência e dos residentes.

### **Comissão Permanente de Ética e Deontologia Médica**

I - Fiscalizar o exercício ético da profissão de médico;

II - Fiscalizar as condições oferecidas pela instituição para o bom funcionamento da mesma;

III - Fiscalizar a obediência dos princípios que regulamentam os preceitos leigos dos direitos dos médicos;

IV - Fiscalizar a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes;

V - Servir de interlocutor com o Conselho Regional de Medicina nos assuntos envolvendo transgressões ao Código de Ética Médica;

VI - Emitir parecer sobre os projetos de pesquisa envolvidos na instituição.

### **Comissão Permanente de Licitação**

I - Proceder abertura da documentação das propostas que atendam aos requisitos do Edital de Licitação;

II - Desqualificar e anular propostas que estejam em desacordo com o previsto no Edital;

III - Lavra ata circunstanciada, sobre todas as ocorrências de abertura de Licitações, bem como proceder a assinatura da mesma por todos os presentes.



Ao estudar os Artigos que correspondem às Comissões, percebe-se que não está claro a vinculação de cada uma delas, fato que é importante explicitar e que existe apenas para a Comissão de Infecção Hospitalar no organograma.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), por ser um órgão que trata de uma questão muito importante e rigorosa, que tem ligação direta com a saúde, pode, em determinadas situações, deliberar com base em leis e normas vigentes na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, assumindo posição no nível estratégico, enquanto que as outras Comissões têm a liberdade de apenas sugerir e a Diretoria Geral, de aprovar ou não (1.129).

Com relação aos tipos de autoridade, percebe-se uma certa dificuldade para classificar cada órgão da estrutura organizacional do Hospital Universitário, pois na prática, como foi percebido, há uma interconexão de autoridades que estão relacionadas a um conjunto de fatores que dependem da situação. Não é possível, portanto, uma classificação exata das autoridades para cada órgão.

Porém, o poder de uma autoridade que é mais abrangente que as definidas até o momento é a coordenadora<sup>44</sup>, já que ela pode existir em todos os níveis hierárquicos, dependendo do processo e, dependendo das características específicas da função, também.

Destarte, as definições apresentadas são uma tentativa de aproximar da exatidão, a classificação das autoridades para cada órgão, à luz das considerações teóricas.

Dando sequência na descrição do Regimento Interno, à partir do Art. 48º, está definida a questão da prestação de serviços do Hospital Universitário, ficando evidente a

---

<sup>44</sup> A autoridade coordenadora “confere o direito de utilizar de forma reduzida, e em caráter supletivo e eventual, todos os outros tipos de autoridade visando sanar deficiências de comunicação e, também, resolver os problemas de coordenação e conjugação das ações desenvolvidas em órgãos do mesmo nível e funcionalmente afins”. Ela “deve ser conferida aos membros do colegiado diretor, a fim de que eles possam conjugar e coordenar convenientemente as ações de determinadas áreas com vista a fazer cumprir as determinações da diretoria” (SOUZA, 1985, p. 51-52).

dependência que sua estrutura possui em relação aos serviços que, além de promover o ensino e a pesquisa, também são a fonte de recursos para a sobrevivência do Hospital Universitário, mediante a assistência que se dá “a nível ambulatorial e de internações nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia, bem como serviços de apoio necessários ao pleno funcionamento das mesmas”.

E por ser um hospital-escola, o HU deve buscar constante crescimento quanto ao conhecimento, aos Recursos Humanos e à tecnologia de modo a oferecer uma alta precisão nos resultados do atendimento da sociedade (clientela), no que se refere a sua saúde (Art. 48º, § único).

O atendimento à **clientela** é universalizado, de forma que para ter acesso, basta apresentar uma identificação pessoal (Art. 49º). Esta clientela deve ser comunicada de que os serviços recebidos podem ser realizados por alunos que estagiam nos diferentes cursos, garantindo ao mesmo tempo o “respeito ético e assistência de saúde por profissional ou equipe multiprofissional qualificado(a)” (Art. 49º, § único).

O **atendimento ambulatorial** é realizado após o cliente passar pelo Serviço de Prontuário do Paciente - SPP e com base nas normas que cada profissional deve seguir com relação a esse tipo de atendimento (Art. 50º).

Em se tratando do “**atendimento de emergência**”, ele é oferecido às pessoas que se dirigem ao Hospital Universitário, sendo atendido em ordem de maior gravidade (Art. 51º). As **internações hospitalares**, são consumadas, quando o corpo clínico solicitar para os pacientes atendidos no ambulatório ou na emergência e, caso haja leito vago no período (Art. 52º).

Além dos recursos adquiridos com o atendimento ao paciente, o Hospital Universitário, pode contar com os recursos advindos dos itens citados abaixo para a realização de suas atividades (Art. 53º):

- I - de dotação constante no orçamento geral de Universidade;
- II - de rendas auferidas de convênios firmados;
- III - de critérios abertos em seu favor;
- IV – de outras fontes.

Os recursos deverão ser aplicados única e exclusivamente no Hospital Universitário, independente da área a ser beneficiada (Art. 54º). Para as **sanções disciplinares**, dos servidores do Hospital Universitário são adotadas normas e leis que estejam em vigência na Administração Superior da Universidade (Art. 55º).

E, algumas **disposições gerais e transitórias** também deve ser apontadas para maiores detalhes do funcionamento do Hospital Universitário. No Art. 56º, por exemplo, cita-se que “**os grupos de trabalho já existentes**”, com baixa complexidade ou criados apenas para serem órgãos de Serviços, “serão denominados **Núcleos**”, sendo compostos por um coordenador e estarão subordinados a uma Divisão ou uma Diretoria Setorial que já exista.

O Art. 57º trata da possível necessidade que um setor do Hospital possa ter de se envolver com “serviços de diferentes Diretorias Setoriais”. Caso isso ocorra, “o Diretor Geral poderá designar um coordenador de Unidade, o qual será responsável pela coordenação horizontal da mesma”. Se levar em consideração a relação que esta unidade terá com as diferentes áreas, pode até ser classificado como grupo interdisciplinar.

O Art. 58º determina o prazo que cada Diretoria Setorial tem para elaborar os seus manuais de atribuições em geral, sendo de noventa dias a iniciar a contagem, à partir da aprovação deste Regimento Interno pelo Reitor.

Refletindo sobre este Artigo, percebe-se que a descentralização na elaboração dos manuais de atribuições, que não deixam de ser “uma continuidade do Regimento Interno”,

desmembrado para a responsabilidade de cada Diretoria Setorial, proporciona uma melhor definição das atribuições, visto que cada área tem o conhecimento detalhado do processo das atividades.

Entretanto, pode também ocorrer confronto com outros órgãos, se não houver uma integração, para a discussão de todas as atribuições, sem perder de vista a finalidade da instituição e de cada Diretoria.

Outra norma inscrita no Art. 59º, estabelece o prazo de cento e oitenta dias para que a Direção Geral elabore “um sistema único de avaliação de desempenho periódico dos Servidores do Hospital Universitário para aprovação” do Conselho Diretor e Reitor.

E por fim, o Art. 60º destaca a data em que o Regimento Interno entra em vigor, sendo no dia de sua publicação no Boletim de Pessoal da Universidade Federal de Santa Catarina, após aprovação pelo Reitor.

Fazendo uma consideração geral sobre o Regimento Interno, no que se refere à sua apresentação formal e de como é visto ou sentido na prática do cotidiano dos gerentes, nota-se diferenças, que merecem ser consideradas e discutidas para melhor compreensão do contexto da organização e redirecionamento do significado que diz respeito ao Regimento Interno de uma maneira mais uniforme.

Para ilustrar o percebido, destaca-se o item que se refere às atribuições de todas as diretorias, em que os Diretores devem cumprir e fazer cumprir o Regimento. Por este exemplo, já se percebe que nem sempre tais disposições do Regimento Interno são cumpridas.

Pode-se entender assim, devido a expressão de um entrevistado: “Existe a necessidade do momento, é ela que funciona, não é o escrito” (3.7). Porém, acredita-se pelas informações das entrevistas que não é simplesmente não seguir o escrito e sim pela própria característica desta organização, que lida com vidas, que esta flexibilidade torna-se uma

constante, na concepção da maioria dos envolvidos no HU, sendo uma constante realmente necessária.

No entanto, é sabido que em todas as organizações existe o escrito (formal) e a prática (informal), por isso as particularidades desta instituição não deve ser justificativa para tudo. Sobre este assunto, um sujeito comenta que:

[...] o hospital tem uma peculiaridade pois ele lida com pessoas, com vidas, então tem coisas que o próprio regimento e que a própria lei prevê, e nos casos de urgência, onde existe risco de vida, pode-se fazer compras de emergência. Então tem situações que às vezes sai da rotina normal, mas no entanto, estão previstas e essas ações tem outras linhas para tomar posições e resolver imediatamente (4.11).

Então, é por isso que:

[...] o regimento dá-nos as nossas atribuições e acabamos indo até um pouco além, até porque a instituição hospitalar é um pouco diferenciada de uma empresa qualquer, de uma empresa comum. É muito diferenciada às vezes porque requer atendimentos emergenciais e é muito comum até às vezes extrapolarmos uma área nossa de atividade que não estaria no regimento, mas como nós estamos dentro de uma casa de saúde, uma casa em que é necessário você resolver as questões, às vezes extrapolamos um pouco, mas é um extrapolamento por necessidade institucional (2.12).

[...] procuramos seguir o que está estabelecido, mas não ao pé da letra, tentamos seguir em linhas gerais [...] (10.4)

dependendo de cada situação temos que criar alternativas [...] atuo sempre de uma forma bem facultativa, sempre nos reunimos o grupo na prática (10.5)

Percebe-se com isso, que o Regimento Interno estabelece linhas gerais que deixa os colaboradores livres para criar, alterar e adequar as atribuições e as condições para cada situação.

Neste sentido, alguns membros dos órgãos existentes no HU já estão se organizando para uma integração, de forma democrática, sendo apontada ainda que timidamente, como fator relevante para um bom resultado, é o que ressalta uma entrevistada na seguinte opinião:

[...] mandar não funciona[...] (10.7)

é sempre com a participação, porque às vezes o que está escrito não fecha também (10.8).

Às vezes está escrito de uma forma, mas você não consegue que as coisas venham prontas para você aplicar aquele contexto, adotar metodologias, sempre ouvindo o grupo para descobrir caminhos (10.9)

Porém, esta realidade não abrange todo o Hospital, visto que alguns setores reportam a pouca relação que um órgão tem com o outro de uma mesma área, faltando entrosamento dos indivíduos e dos setores para debates e definições de estratégias de ação, que leve à sua missão.

Os indivíduos que ainda não conseguem trabalhar de forma integrada é porque não tiveram a oportunidade de incorporar o compromisso frente a instituição.

Uma possível solução seria o trabalho de conscientização de toda a comunidade interna e externa do Hospital Universitário com relação à missão e finalidade, somado ao comprometimento de todos os colaboradores na reformulação do organograma, conforme as necessidades existentes, seguida da reformulação do Regimento Interno, de forma responsável.

#### **4.2 Uma Descrição dos Dados Empíricos**

A metodologia de Bardin (1977), aplicada para análise de conteúdo, iniciou com a descrição dos dados obtidos na entrevista, sendo utilizada como base para a construção da análise, apresentada no próximo capítulo.

Abordando uma análise categorial temática, o processo percorrido pela pesquisadora, teve como ponto de partida uma pré-classificação das entrevistas transcritas de acordo com o nível gerencial, seguindo uma ordem crescente. A numeração de 1 a 5 referem-se aos entrevistados do nível estratégico, de 6 a 17 aos entrevistados do nível tático e, finalmente de 18 a 32 aos entrevistados nível operacional.

Dentro desta lógica, foi realizada uma pré-análise que possibilitou recortar as Unidades de Registro de cada entrevista e sequencialmente enumerá-las em ordem crescente de “afirmações” para cada sujeito.

Após a codificação das Unidades de Registro, a pesquisadora buscou selecionar as que foram relevantes para o estudo e que deram origem às categorias temáticas, às sub-categorias e finalmente às seguintes **categorias: FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC; AS CARACTERÍSTICAS DOS GERENTES DO HU DA UFSC.**

#### 4.2.1 – Funções Gerenciais na Percepção dos Dirigentes do HU da UFSC

Essa categoria teve origem a partir da construção de duas **sub-categorias: O Regimento Interno do HU da UFSC; A prática dos gestores HU da UFSC**, ilustrados na figura 13.



**Figura 13** – Categoria: 1 – Funções gerenciais na percepção dos dirigentes do HU da UFSC

## 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC

A presente sub-categoria, à partir das categorias temáticas indicadas pela pesquisadora pôde reunir as unidades de registro que contribuíram para o estudo acerca das funções do Regimento Interno do HU, que se apresentam sob os títulos: **O que os gestores conhecem sobre o Regimento Interno; Composição; Coerência; Abrangência; Delimitação e Aderência.**



**Figura 14** – Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC

### 1.1.1 – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno

Na busca de ampliar o conhecimento acerca das funções gerenciais inscritas no Regimento Interno, a pesquisadora procurou agrupar nesta categoria temática, unidades de registro que levassem ao enriquecimento das informações documentais já coletadas. Tais



unidades de registro dizem respeito ao conhecimento teórico que os gestores possuem de suas funções inscritas no Regimento Interno.

As interpretações dos entrevistados foram agrupadas de acordo com o nível hierárquico que cada pessoa fazia parte, de modo a facilitar a análise realizada após a descrição dos dados.

### Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.1 – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>O regimento interno do Hospital nós conhecemos, porém nós não temos formação em administração. (2.1)</p> <p>O regimento na verdade é um regimento em linhas gerais e nós temos uma prática administrativa. (2.6)</p> <p>[...] participei de reuniões que nós fizemos todo o organograma da direção, então eu li, agora se eu sei décor o que tem lá escrito eu não sei. (3.6)</p>

**Figura 15** – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno (Estratégico)

### Nível Tático

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.1 – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>Na verdade existe um regimento interno do HU como um todo (9.1)</p> <p>Já li mas não tenho de memória assim quais são as funções descritivas que estão ali, eu sei quais são as minhas funções[...] (11.1)</p> <p>[...] as minhas funções eu sei quais são, mas não sei te discriminar como estão no regimento (11.2)</p> <p>Até conhecemos quais são as funções que estão lá, [...] mas as coisas vão acontecendo e à medida que vão aparecendo vamos resolvendo. Temos projetado também quais são as coisas que se espera de uma divisão[...] (13.6)</p> <p>não num todo, mas numa boa parte eu conheço as funções gerenciais, sei que elas estão contidas no regimento interno do HU, muito embora eu não conheça o regimento interno do HU, não tive essa oportunidade ainda (14.2)</p> <p>Bom, o regimento já lemos, várias vezes (risos) (16.1)</p> <p>De cabeça eu não vou saber o que está lá para te responder[...] politicamente, o governo tem várias regras que nos impedem de fazer as coisas que gostaríamos de fazer (16.3)</p>

**Figura 16** – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno (Tático)

## Nível Operacional

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.1 – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>eu sei e procuro realizar aquilo que está marcando ali para mim, na parte de gerenciamento da unidade, de atividade que tenho que fazer com o pessoal, das escalas de serviço que realizamos, participação em reuniões, participação em comissões, o que está marcando ali quanto a gerência da unidade[...] tem tudo no regimento (18.2)</p> <p>Eu não conheço o regimento interno, até procurei, mas coisas isoladas no aspecto de médicos, médicos residentes, para saber como estaria a posição deles aqui legalmente, sobre transferência de [...] fora isso nunca tive conflito com o regimento (19.6)</p> <p>Não (20.1)</p> <p>Não tenho experiência nenhuma, sei que no regimento estou como chefe de setor, mas nunca tive conhecimento, só sei onde me encaixo na hierarquia (23.4)</p> <p>Não (25.1)</p> <p>o regimento interno eu não sei direito (29.1)</p> <p>Eu acredito que sim (31.1)</p> <p>Já vi as atribuições no regimento, mas faz muito tempo, não me recordo (32.1)</p>

**Figura 17** – O que os gestores conhecem sobre as funções do Regimento Interno (Operacional)

As figuras desta categoria temática permitiu visualizar como é percebido o Regimento Interno sobre o olhar de cada entrevistado. Os gerentes num sentido geral, demonstraram ter ciência de sua existência, de uma forma distante do realizado no dia-a-dia e justificaram a superficialidade no conhecimento das funções inscritas, algumas vezes, pela dinâmica do processo administrativo interno e em outros momentos pela particularidade do setor em questão, que não permite se beneficiar de seu conteúdo normativo.

### 1.1.2 – Composição

Algumas considerações e críticas foram relatadas com relação à composição das funções do Regimento Interno. Os gerentes consideraram como composição, na maioria

dos casos, a distribuição dos cargos na hierarquia (organograma), fato que revelou um domínio de como se apresenta o seu órgão dentro da estrutura hierárquica.

No nível estratégico, por exemplo, alguns gerentes completaram o comentário sobre a composição referindo-se ao Conselho Diretor, que para eles não exerce suas funções dentro da instituição, devido ao elevado número de membros:

Há mais de cinco anos que se tenta reunir o Conselho Diretor e que, o diretor que me antecedeu, já desistiu e eu nem tentei porque não funciona. (1.2)

São mais de 35 pessoas, então o Conselho Diretor é a estrutura maior que tem [...] (1.3)

A função do Conselho Diretor é ser um órgão deliberativo, para aquelas questões de dúvidas institucionais e de políticas administrativas, de ensino, de saúde, aquelas em que o hospital está inserido [...] (1.4)

Sobre o Conselho Diretor e o Regimento Interno, um entrevistado fez as seguintes considerações:

Duas mudanças que eu acho necessária, primeiro a re-adequação do Conselho Diretor, para que ele seja um conselho e não uma assembléia, porque com 37 membros eu acho que é uma assembléia, então ele torna-se inoperante (1.28)

Esse regimento já tem 11 anos e está atual, não é o problema, exceto pela questão que falei do Conselho Diretor. E o organograma teve uma modificação em 1996, com imposição do Ministério da Educação, que restringiu o número de cargos e funções e nós tivemos que nos adaptar a eles. Então, ficamos com alguns serviços essenciais sem estrutura de serviço, núcleo de cirurgia plástica, nós estamos sem núcleo e é um serviço que tem até residência médica e não é serviço, então essas adequações precisam ser feitas (1.31).

No nível tático, pôde-se constatar uma observação relacionada à escolha das chefias que ocorre por nomeação, mas que neste setor, faz-se uma eleição entre os integrantes para depois ser apenas homologado, caso a Diretoria aceite a sugestão do nome:

porque nós somos cargos eleitos pelos nossos representantes, nós não somos cargos indicados, eu só estou sentada aqui porque eu me candidatei, lógico, e as pessoas me elegeram, não foi a direção que me indicou [...] nas outras diretorias onde os cargos de chefia são indicados, então as pessoas ficam mais tolhidas [...] (9.44)

Nós mudamos o organograma na última eleição, há 2 anos, porque a nossa chefia é por voto direto, os funcionários votam na sua chefia e depois o diretor só vai homologar. (16.10)

Em contrapartida ao sistema deste setor, os gerentes do nível operacional apresentaram claramente que seus cargos são nomeados:

Acho que todo cargo gerencial na universidade tem na sua questão política, cargos de confiança (23.4)

Essa questão política na universidade por um lado é bom, mas por outro cria uma série de vícios que, você não consegue ultrapassar e as pessoas ficam no cargo, mesmo sendo incompetentes (23.6)

É uma utopia ter cargos por competência, pois quando as pessoas são eleitas lá em cima, ela busca pessoas de confiança e, não de competência e na grande maioria de setores públicos são assim, muda o Amim, muda-se tudo (23.8)

O cargo habitualmente é de confiança no hospital (25.2)

A nossa chefia é um cargo de confiança, fui convidada pela direção e pelo departamento [...] e isso gerou problemas. (29.5)

Já outros entrevistados do nível operacional sentiram que a hierarquia do hospital não está estruturada de forma adequada para garantir a funcionalidade de seu setor, o que torna o processo lento, fato de maior evidência em situações emergenciais.

Enfim, o “HU tem uma hierarquia muito complexa, que às vezes faz alguma atribuição esbarrar em barreiras” (22.3), é o que comentou um dos gerentes do nível operacional. Veja algumas considerações:

O sistema é um pouco diferente dentro do hospital. Não se pode esperar que a hierarquia dele funcione como dentro de uma empresa. Situações emergenciais devem ser decididas muitas vezes pelo diretor geral, então eu vou ao diretor geral, não dá para seguir a hierarquia. (20.7)

Aqui no HU, se pegar o organograma e visualizá-lo é uma hierarquia só (22.33)

Eu sou contra, toda essa hierarquia (risos), não gosto de normas, acho que normas foram feitas para serem quebradas, tem que ter o bom senso. Acho que até precisamos delas para nos organizarmos no trabalho, acho que o bom senso não precisa de ter o que é proibido ou não [...] (22.34)

As figuras desta categoria temática agrupam unidades de registro que possibilitam visualizar as funções que fazem parte do Regimento Interno e como elas estão estruturadas na hierarquia, além de suas contribuições na funcionalidade da instituição.

### Nível Estratégico

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.1.2 – Composição**

**Unidades de Registro:**

Abaixo então tem, Direção do Hospital e Vice Diretor, ligado a Direção Geral está a Comissão Permanente de Licitação e

Comissão de Infecção Hospitalar, aí depois tem as quatro diretorias setoriais, e ainda na direção tem a função do Célio, que é um Assistente de Administração, que é um apoio para administração e logo embaixo tem as estruturas administrativas, cada diretoria tem as suas divisões, cada divisão tem os seus serviços e alguns serviços tem seções, assim é a estrutura. (1.7)

Uma seção é necessária quando o serviço é tão grande que uma pessoa sozinha não dá conta. (1.17)

[...]a divisão de [...] tem duas divisões formais, e acho que tem mais duas informais, que é um problema. Foi criado no final da administração anterior, e que é um problema. Formal, ela tem no organograma do hospital duas divisões, então essa era uma das mudanças a ser feita no organograma, porque na verdade precisamos de quatro, mas formalmente temos duas, então é a re-adequação do organograma e não do regimento. Eles tiveram um trabalho e proporem um novo organograma, mas que não é oficial. (1.34)

Não tenho grandes dificuldades porque o regimento dá-nos as nossas atribuições e acabamos indo até um pouco além, até porque a instituição hospitalar é uma coisa um pouco diferenciada de uma empresa qualquer, de uma empresa comum. (2.12)

Eu tenho a divisão de [...] em que engloba serviços de [...], serviços de [...], são exemplos de áreas de [...]. Temos a outra área que é a divisão de [...], que engloba o serviço de [...], serviço de [...], serviço de [...], serviço [...] e serviço de [...]. É uma área muito abrangente minha diretoria, eu conto com a divisão de [...] e a área de serviços [...]. (2.15)

Existe a necessidade do momento, é ela que funciona, não é o escrito (3.7).

O regimento geral tem poucas atribuições e bem abrangentes, já o nosso é mais específico, mais detalhado, mas é construído por nós mesmos, pelo corpo da enfermagem, então quando tem algum problema que não está compatível com o que escrevemos e com o que a de fato é feito, propomos alterações levamos para assembléia e alteramos (5.3)

Nós temos um núcleo maior, que é o núcleo deliberativo, dentro do regimento estaria acima da diretoria de [...], isso organizado por nós dentro da [...], não faz parte da estrutura organizacional do hospital, nós mesmo criamos essa estrutura (5.15)

O núcleo deliberativo não está previsto no organograma, só existe para não deixar a diretoria setorial ter poderes absolutos, porque nunca se sabe quem vai assumir o cargo da [...] e é uma forma de controlar o poder de uma única pessoa, é uma forma de controle, mas criada pelo corpo. (5.16)

[...] tem quatro divisões: Divisão de Enfermagem em Assistência da Criança, Mulher e Adolescente, Divisão de Enfermagem Cirúrgica, Divisão de Enfermagem Médica, Divisão de Ambiente Ambulatório. Elas estão no organograma, e cada divisão tem 05 serviços. (5.36)

**Figura 18 – Composição (Estratégico)**

## Nível Tático

### **Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

#### **Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC**

##### **Categoria Temática: 1.1.2 – Composição**

#### **Unidades de Registro:**

aqui na hierarquia da [...], temos o serviço de [...], temos serviços de [...], serviços de [...] e ainda temos serviços de [...] (6.7)

indiretamente, nós somos subordinados à DRH. (7.3)

O HU tem sua independência por estar ligado ao Diretor Geral do Hospital Universitário que tem autonomia na unidade do ambiente hospitalar de alterações, que possa no sentido da rotina, não do contrato que é o contrato tem a regra geral (7.4)

Conheço, eu sei que eles[...] dentro daquele manual de funcionamento técnico administrativo, e o que me passaram foi o seguinte: eles preferiam, mas que não era o que tinha que ser, mas que preferiam que a chefia de divisão tivesse sempre uma pessoa que fosse professor. A figura do professor, então estaria vinculada a universidade também, não só como técnico administrativo. Poderia ser os dois casos ou professor desenvolvendo o papel aqui dentro, e eles dão sempre preferência para as duas coisas, na divisão e na de serviço, que já é um pouco abaixo (8.1)

a nossa, por exemplo de serviço não é professor, eles optaram por botar um técnico administrativo que era uma pessoa que estava aqui todos os dias conhecia bem as coisas (8.2)

e eu já vi papéis que deixam margem dúbia de interpretação, se teria ou se na impossibilidade de ser, você poderia ter um

técnico administrativo (8.3)

no papel tu terias que ter subchefia gerenciando uma parte de ambulatório, uma parte de emergência, de tudo claro que terias que ter, porque é um controle melhor de tudo que seria nos devidos setores, mas tu esbarra lá em cima porque não pode contratar, então como é que se faz o que está escrito em um maravilhoso papel, não é possível (8.13)

houve uma reforma no organograma, da [...], que é diretoria de [...] foram feitas algumas propostas no novo organograma, com algum nível intermediário de gerência[...] e aí foi para todas as unidades, foi discutido com as pessoas, buscar sugestões para depois trazer e levarmos para uma assembléia[...] (9.9)

hoje nós temos no organograma atual, a diretoria de [...], quatro divisões de [...], chefia e as gestões da chefia de serviços que são as chefias das unidades diretas, então são três níveis hierárquicos, fora o diretor geral (9.12).

tem a chefia de serviço que é a coordenação baixa, tudo que eles trazem assim de dificuldades que eles não conseguem entender no dia-a-dia, eles trazem para analisar e ver o contexto central, antes de passar para diretoria (10.3)

A divisão de [...] é subordinada a diretoria de [...], e engloba vários serviços dentro dessa divisão [...]. É uma das divisões que tem maior número de serviços. Sua área administrativa é bem grande. São quatro divisões e essa é provavelmente a maior que tem (12.1)

A integração é feita de forma precária, porque o nosso organograma é bem fechadinho, segue a linha de diretor, diretor de [...], etc e cada um faz o seu trabalho, seguindo a sua linha hierárquica (13.17)

Dependendo das pessoas que estão no cargo, tu podes ter ou não uma relação melhor e ter essa integração, às vezes, com alguma diretoria, mas o organograma não facilita isso na verdade. (13.18)

Com relação às funções gerenciais de todo o Hospital Universitário ele é muito complexo (14.1)

conhecida como Divisão de [...], e ela é composta por cinco serviços [...] (14.4)

No antigo organograma, era a diretoria de [...], [...] e [...], que seria divisão de [...] e divisão de [...], depois vinham os serviços, o serviço de [...] e esse serviço tinha as seções, uma seria a [...], que é o meu caso (16.9)

Hoje então é diretoria de [...], 4 divisões, que é a divisão de [...], divisão de [...], divisão de [...] e divisão de [...]. E, as seções, viraram serviços, [...], etc[...] (16.21)

**Figura 19 – Composição (Tático)**

## Nível Operacional

### **Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

#### **Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC**

##### **Categoria Temática: 1.1.2 – Composição**

#### **Unidades de Registro:**

Eu vejo que as coisas que estão escritas para se fazer, nem sempre é possível e apesar de nossos cargos serem votados de 4 em 4 anos, nem sempre querem assumir e eu acabo ficando (18.10)

Temos reuniões quinzenais com todas as chefias, tudo que não consigo resolver vou em minha chefia imediata, se não é resolvido, é reunida todas as chefias para discutir, nunca estamos sozinhos e sempre buscamos seguir a hierarquia, para não passar por cima, mas tem coisas que até vamos diretamente na diretora de [...]. (18.15)

Estou na chefia desde o início do ano de 2002 e, como é um serviço novo, há pouco tempo foi incluído no organograma geral do hospital, era apenas um núcleo de [...] (19.4).

O cargo de chefia é um cargo de confiança do diretor de [...] (19.1)

Eu continuo dizendo que o [...] está muito fora da estrutura em termos de hierarquia e de organograma. Acho que deveria existir uma diretoria de [...], e assim dividir os serviços por divisões para não ficássemos fazendo tudo como fazemos aqui (20.24)

[...]temos aqui dentro do serviço duas seções: de controle de materiais e de semi industrial (21.1)

várias retificações foram feitas com relação ao quadro de cargos e funções, mas não vem acontecendo compatível com isso[...] (21.13)

não temos um quadro de pessoal adequado, funcionários que se aposentam, que morrem, que são remanejados, não há uma

reforma política que atenda essas necessidades de imediato, é mais um peso para quem gerencia [...](21.14)

Eu sinto liberdade de agir com relação a alguma coisa que não tem no regimento, mas acho que vai depender da relação que você tem com a chefia imediata (22.7).

agora é que estão sendo colocadas missões e estamos estudando modelos, porque acaba entrando em choque um setor com o outro (22.11)

Dentro do hospital universitário é um bom trabalho até pela própria hierarquia, então no nosso organograma a diretoria de [...] fica no mesmo nível da diretoria de [...], aí já começa a diferença no trabalho. (22.18)

Temos uma hierarquia que tem que ser respeitada, o serviço é vinculado a Divisão [...] que é vinculada a Diretoria de [...] (26.1)

a escola deveria estar vinculada ao Centro de Educação, teria muito mais respaldos as nossas necessidades, porque aqui trabalhamos com a educação (26.7)

Esse regimento é tão antigo, que eu te diria que no HU não existe, ou pelo menos não é uma coisa marcante, uma política de gerenciamento (26.13)

Na realidade chefia de serviço para nós é somente um termo que foi utilizado, mas sou chefia dessa seção (27.1)

É que quando houve o remanejamento a nível de Brasília, esses cargos de chefia tiveram que ser remanejados e daí foi mudado a nomenclatura (27.2)

atualmente eles chamam chefe de serviço porque foi uma determinação de Brasília, porque não existe chefe de seção, mas na realidade eu sou chefe do serviço de [...] (27.3)

Na realidade fazemos parte de um serviço, que agora eles chamam de divisão e a nossa divisão aqui é a divisão [...], que inclui o [...], que faz parte da [...] e inclui as [...] e nós temos uma chefia [...](27.14)

o serviço de [...] está dividido em áreas. Tem a parte de dieta hospitalar (dieta de terapia) que tem uma chefia, tem a chefia do serviço[...] tem a chefia de [...], tem a minha chefia que é do setor de produção (30.1)

preferem que na chefia de serviços esteja um médico professor[...]indicado pelo diretor do hospital. (31.18)

**Figura 20 – Composição (Operacional)**

### 1.1.3 – Coerência

A coerência está relacionada à lógica existente entre os cargos, entre os níveis de decisão, entre atribuições com a missão, visão, filosofia, organograma, finalidades da instituição, fato que os gerentes expressaram em seus comentários.

Tais observações deixaram claro que os gestores, de uma forma generalizada, sentem necessidade de reestruturação dentro da instituição, quer seja apenas no Regimento Interno, ou no organograma ou em ambos, mas considerando os objetivos da instituição de forma ética e profissional:

Tenho que ver a questão ética, acima de tudo, sua ética profissional, ver como tu estás trabalhando [...] e o atendimento que estais prestando junto ao paciente e os objetivos da instituição (28.38)

O nosso objetivo é ensino e pesquisa, então tem que ver como seguí-los dentro de uma forma ética. (28.39)

Os gestores demonstraram também que na prática é sempre feita uma adequação do que eles tem no Regimento Interno:

é sempre com a participação, porque às vezes o que está escrito não fecha também (10.8).

Às vezes está escrito de uma forma, mas você não consegue que as coisas venham prontas para você aplicar aquele contexto, adotar metodologias, sempre ouvindo o grupo para descobrir caminhos (10.9).

### Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.3 – Coerência</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p> <p>o chefe de serviço tem que estar executando o serviço específico de cada serviço, e ele tem um auxiliar direto de chefe de seção quando necessário (1.16).</p> <p>Segunda coisa que precisa ser vista é o organograma do hospital, não o regimento (1.29).</p> <p>O organograma seria assim: redefinir na sua diretoria, quantas divisões são de fato necessárias hoje, no novo contexto, quantos serviços seriam de fato necessários, e quantas seções, e ter um organograma adequado a nova realidade do hospital (1.30)</p> <p>a função da diretoria, como eu te falei, é fazer um elo entre o atendimento, paciente e o [...], visando no fim das contas o adequado atendimento do paciente. (3.18)</p> <p>lógico que existe tem haver um organograma de toda aquela coisa burocrática, do que é o que não é, mas na prática o que funciona é isso[...] estamos aqui o dia inteiro e vai resolvendo os problemas que vão surgindo (3.5).</p> <p>Foge um pouco do padrão formal da organização formal, então quando se aplica o regimento, acontece de uma forma mais doméstica, as coisas se resolvem muitas vezes com telefonemas para casa ou encontros no corredor (5.9)</p> <p>foge da estrutura formal da convocação oficial, foge da formalidade que no regimento prevê (5.10)</p>

**Figura 21 – Coerência (Estratégico)**

### Nível Tático

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.3 – Coerência</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p> <p>Eu não sou apenas chefe, eu tenho pacientes aos meus cuidados, eu trabalho aqui na comissão de infecção. Então quando sobra tempo tu és o chefe, no meio disso tudo. (12.23)</p> <p>As pessoas são colocadas ou eleitas para aqueles cargos e cada um trabalha muito conforme o seu estilo, falta essa direção, falta muito essa direção política para se chegar em algum lugar (13.9)</p>



Antes tinha apenas duas divisões [...], divisão de [...] e divisão de [...], aí mudamos e ficaram assim [...], 4 divisões: lá embaixo, Divisão de [...], aqui em cima tem o [...], Divisão de [...], Divisão de [...] mas ainda não conseguimos que o governo oficialize, por enquanto tem apenas essas duas acima para Brasília, mas na prática tem essas 4 divisões, por isso, como eu ficaria nessa chefia de divisão, sem uma chefia qualquer, sem uma FG (função gratificada) e como lá embaixo estava sobrando uma chefia de seção do ambulatório, eu peguei para não perder essa[...] (17.7)

**Figura 22 – Coerência (Tático)**

## **Nível Operacional**

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.1.3 – Coerência**

### **Unidades de Registro:**

Eu não tenho uma carga horária exclusiva aqui como chefe, na verdade estou aqui como professora. (19.12)

Bem acho que o nosso regimento está defasado, ele vem desde 1980 e já teve um estudo com comissões, estudantes, para fazer uma atualização, inclusive dentro do próprio serviço. Queremos ampliar a [...], temos um projeto para construí-la dentro do hospital[...] (21.8)

Para ela funcionar bem precisaria de 4 seções, só que deve-se ter mais profissionais da área gerenciando essas seções[...] e na prática para isso acontecer, tem que mexer no regimento para se adaptar a nova realidade que o hospital se depara e acho que vários outros serviços do hospital precisam ser reestruturados (21.9)

Assistente administrativo trabalhando na sustentação de medicamentos como se fosse um auxiliar de farmácia. Não conseguimos ter as pessoas das devidas categorias nos seus devidos lugares. (21.12)

Cada setor administra a seu bel prazer[...] (22.10)

Não vejo problema com relação ao regimento interno (27.11)

Temos as chefias da [...]que se reúnem quinzenalmente[...] e seguimos a hierarquia. (28.23)

Temos de ser burocratas às vezes, porque senão nos perdemos, porque se vou direto na diretoria de enfermagem, a minha chefia não está sabendo e a comunicação não fica correta, então temos que seguir esse fluxo para melhor comunicação, porque tem que haver comunicação[...] (28.24)

Todos os serviços devem buscar o melhor atendimento possível, então, tens que ser imparcial nesse ponto, no que é melhor para o paciente[...] Assim não puxa mais para um lado do que para outro[...] (28.37)

Como aqui é um hospital de ensino, há uma necessidade de uma disciplina ter uma intercorrência de outra[...] (31.26)

**Figura 23 – Coerência (Operacional)**

### **1.1.4 – Abrangência**

A abrangência, neste contexto, foi referente ao alcance que o Regimento Interno tem com relação às funções. Assim, a pesquisadora buscou extrair dos dados a capacidade que o Regimento Interno tem de abarcar todas estas funções existentes no HU,

bem como todos os espaços da instituição que estão ligados às decisões que devem ser tomadas, espaços de relação dos indivíduos e de operação de suas atividades.

E, pelo visualizado, algumas práticas são definidas por cada área, mas sempre seguindo as linhas gerais do Regimento Interno, pois “as coisas básicas estão presentes no regulamento e todas elas são respeitadas e disso não existe como fugir” (4.9).

### Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.4 – Abrangência</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>Então o papel da administração é garantir a funcionalidade institucional e discutir, como representante da instituição, com outros órgãos vinculados à reitoria, à Secretaria da Saúde, à Secretaria da Educação do Município e do Estado, à prefeitura que também tem políticas novas sendo implementadas[...] (1.11)</p> <p>As diretorias setoriais têm a função gerencial direta dentro do seu contexto da sua diretoria, participa com a direção geral, de todas as dificuldades gerenciais e administrativas, política de pessoal, política de compras, tentativa de melhoria de faturamento institucional, melhoria da qualidade do atendimento dos setores[...] traz sempre para direção de preferência com soluções, não é essa prática sempre, mas o ideal é que se tragam algumas sugestões (1.12)</p> <p>Não acredito que haja necessidade de mudança, acho que o regimento é adequado (1.26)</p> <p>Não vejo no momento, exceto pela re-definição do Conselho Diretor, uma outra mudança necessária, no regimento em si (1.27)</p> <p>não são adequações de regimento dentro do organograma, são funcionais, que aconteceriam se nós tivéssemos um orçamento garantido e não tivéssemos que depender diretamente do nosso faturamento da produção (1.32)</p> <p>É muito diferenciada às vezes porque requer atendimentos emergenciais e é muito comum até extrapolarmos uma área nossa de atividade que não estaria no regimento (2.13)</p> <p>o hospital tem uma peculiaridade pois ele lida com pessoas, com vidas, então tem coisas que o próprio regimento e que a própria lei prevê (4.11)</p>

**Figura 24 – Abrangência (Estratégico)**

### Nível Tático

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.4 – Abrangência</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>em termos de organograma em si, de estrutura, em 1996 teve uma reforma administrativa na universidade e foram extintas algumas funções praticadas, que na verdade é o que representa a chefia fora, externamente ao HU[...] se tiver algum processo que tu tens que responder, como chefe tu te caracterizas (9.5)</p>

Como o chefe para eles é um professor universitário, então é o professor que exerce o cargo aqui dentro do HU, tudo bem, mas é de fato e não de direito, então em 1996 houve cortes dessas funções, para todos os níveis, para todas as diretorias, de Apoio Assistencial, de Medicina, de Enfermagem, enfim, isso durante quatro anos (9.6)

e fundamos uma atividade de endereçamento de chefia para ganhar a gratificação e sem ter a função gratificada, que poderia representar digamos fora da instituição (9.7)

Aqui dentro, sempre com o maior respaldo, tanto da direção de [...], quanto da direção geral, mas externamente, não tínhamos como responder, caso necessitasse, mas não foi preciso (9.8)

então numa mesma área nós temos a [...]. de [...], temos uma divisão que mexe com [...], temos várias divisões, mas cada uma faz uma coisa dentro da sua área sem nenhuma relação com a outra[...] não há um entrosamento para que se possa debater, falta um pouco dessa direção política (13.10)

**Figura 25 – Abrangência (Tático)**

## **Nível Operacional**

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.1.4 – Abrangência**

### **Unidades de Registro:**

Minha primeira relação é com a divisão de [...], assim como tem o serviço de [...]tem o serviço de [...], no mesmo nível, nos damos bem. Acima tem a divisão de [...], com outra chefia. (19.17)

No regimento interno não há detalhes das funções do chefe de serviço de [...], até porque o serviço de [...] hospitalar é uma área muito recente no Brasil, estamos aprendendo ainda [...] tanto na parte técnica como na gerencial (21.3)

hoje temos um manual de normas internas com critérios que foram adotados com uma série de situações e isso favoreceu muito, diria que hoje a relação está boa e conseguimos avanços no trabalho em função disso (26.12)

o hospital por ser universitário e abranger uma área grande porque não é só capital, mas vem pacientes do interior e de outras áreas e ser um hospital de referência dentro da [...] e ao mesmo tempo ser um hospital de ensino, então tem dois objetivos, um é dar o conforto de atender as necessidades do paciente e segundo transmitir aos alunos os conhecimentos para que eles possam depois multiplicar e levar esses conhecimentos para suas necessidades do dia-a-dia (31.3)

existe duas coisas nesse hospital, primeiro o ensino e segundo atender as necessidades básicas da cidade e desses pacientes que são chamados de alto grau de complexidade (31.5)

**Figura 26 – Abrangência (Operacional)**

### **1.1.5 – Delimitação**

A pesquisadora agrupou nessa categoria, dados que relataram a forma que os gerentes lidam com os limites de modo a conhecer até que ponto se faz o “dever fazer” do indivíduo no atual Regimento Interno em estudo.

Um gerente do nível estratégico comentou que as funções do Regimento Interno são limitadas, sendo complementado com os manuais de atribuições de cada órgão, espaço que dá flexibilidade para atender as particularidades de cada setor.

Esta percepção também ocorre por parte dos gerentes do nível operacional e demonstra a existência de consciência de cada um, em como deve ser a delimitação das funções no Regimento e nas atribuições.

### Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.5 – Delimitação</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>Aquilo que deveria ser feito aqui e depois levado ao Conselho Diretor na verdade é definido por nós e eventualmente nós levamos direto a discussão com a reitoria, quando necessário, ultrapassando na questão do Conselho Diretor que não existe na prática (1.10)</p> <p>mesmo as coisas que as compras são regulamentadas pela lei de licitação 866, nós não podemos sair no mercado e comprar. Nós somos obrigados. Temos limites. Valores até 8000 itens tem 03 orçamentos e, acima de 8000 é obrigatório fazer licitação, então disso não tem como fugir, a lei e os regimentos são respeitados sempre na íntegra (4.10)</p> <p>O regimento interno geral tem as funções bem limitadas (5.1)</p> <p>[...]existe um regimento próprio da diretoria de [...]onde as atribuições são bem mais específicas (5.2)</p>

**Figura 27 – Delimitação (Estratégico)**

### Nível Tático

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.5 – Delimitação</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>Muita coisa na [...] estabelecida é feita mesmo não tendo escrito, não tendo norma, mesmo não tendo no regimento interno, muitas coisas acontecem de uma maneira informal, mas acontece, tem essa flexibilidade (9.4)</p> <p>[...] estamos trabalhando com o regimento apenas da [...], não do geral[...] (16.46)</p> <p>dentro das categorias da [...]:[...],[...],[...],[...],[...], às vezes tem uma confusão, o atendente só pode fazer cuidados que não toque no paciente, o auxiliar pode dar banho no paciente, dar alimentação, nenhum tipo de medicação, o [...]já é um pouco mais complexo e [...]pode fazer tudo isso, além de prescrição e evolução de [...], todos tem escrito suas funções e atribuições[...] (17.21)</p>

**Figura 28 – Delimitação (Tático)**

## Nível Operacional

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.5 – Delimitação</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>O regimento foi feito para atender um geral, mas cada setor tem sua especificidade, no nosso caso, por exemplo, incluímos alguns itens que contempla a [...].(18.14)</p> <p>uma atividade de um setor, vai em algum momento influenciar em outra sem dúvida[...] por isso é importante escrever, colocar no papel, comunicar por escrito, pedir uma manifestação daquele setor que tem interferência, as reuniões[...] a [...]tem uma relação muito estreita com as unidades de internação, direta.(21.27)</p> <p>O HU trabalha com a educação, o produto final dele é o aluno, mas todo ele tem um trabalho de assistência aos pacientes[...] então, o que nos compete acaba ficando muito distante do que eles têm como objetivo, porque o objetivo deles é que esteja aberto e que atenda. Como vamos atender, se existe proposta pedagógica, se está dentro de uma pedagogia de ponta, se estamos avançando em pesquisa, isso não interessa, porque não é produto final deles, não tem um projeto..(26.8).</p>

**Figura 29** – Delimitação (Operacional)

### 1.1.6 – Aderência

A aderência, que foi tratada nesta sub-categoria do Regimento Interno, tem o propósito de perceber as funções que estão diretamente ligadas a ele, comentadas pelos entrevistados.

Assim, foi considerado pela pesquisadora como função aderida ao Regimento Interno, aquelas que têm relação direta com a finalidade e objetivo do Hospital Universitário.

Verificando as afirmações dos gestores foi constatado que, eles confundem o que seria finalidade e o que seria objetivo, não tendo muito claro também a ordem de importância de cada um deles.

Por exemplo, alguns entrevistados comentaram que o primeiro objetivo é a formação dos recursos humanos, enquanto outros afirmaram ser a assistência, a principal e outros ainda, que não dá para separar um do outro.

Surgiram nas afirmações, objetivos que estão relacionados ao HU enquanto assistência, para atingir o bem estar do paciente e objetivos que estão relacionados a ele enquanto empresa, em que os gestores praticam atividades buscando a melhor eficiência.

E, de todos os dados apresentados, um fato que mais chamou atenção foi a afirmação sobre a filosofia da instituição que se apresenta inerente a todas as funções originadas dos objetivos e da finalidade, ou seja, a humanização, como pode ser visualizado nas figuras desta categoria temática.

### Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.6 – Aderência</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>[...]a pressão externa também pelo melhor resultado da função primeira desse hospital, que é a formação de recursos humanos da melhor qualidade, que é ter o melhor médico formado, o melhor enfermeiro formado, o melhor nutricionista, psicólogo, etc, exigindo também que avancemos na questão do currículo e avance na questão da formação desses recursos humanos. (1.96)</p> <p>[...]tem assim pressões de outro lado que, por exemplo, nós enquanto empresa, temos que obrigatoriamente ser o mais eficiente possível, considerando aquelas duas correntes que falei no início, menor gastar e melhor comprar. (1.99)</p> <p>A função primeira do hospital é a formação de RH, não existe primordialmente para assistência, mas é obvio que a hora que sento aqui para administrar isso não dá para separar. (1.105)</p> <p>O hospital como um todo funciona querendo o bem-estar do paciente (3.26)</p> <p>Todos querem que o hospital funcione bem, e como ele funciona bem? Quando atende bem o doente. (3.28)</p> <p>o hospital desde a sua fundação foi construído dentro de uma filosofia de humanização, então ele não vê apenas um paternalismo com o cliente, ou a supremacia do poder do profissional de saúde, a visão é de um profissional que atende uma pessoa que vem buscar ajuda: um cidadão, atendendo outro cidadão[...] (5.59)</p>

**Figura 30 – Aderência (Estratégico)**

### Nível Tático

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.1.6 – Aderência</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>queremos que a divisão ande como tem que andar, satisfatória, tem que atender o hospital e o nosso objetivo é atender o doente, prestar melhor assistência com o paciente então é isso que ocorre, é no objetivo que eu não fujo[...] (6.47)</p>

Nós estamos caminhando para que a nossa rotina, seja voltada para o cliente e satisfeito, não importa o salário que eu ganhe (7.12)

hoje o HU é um hospital inteiramente público e gratuito da região sul, [...]e queremos muito que ele continue sendo público e gratuito, para manter essa lógica de atendimento humanizado, de ser igual para todos, de não ter essa diferenciação, de alguns terem um alojamento mais luxuoso, outros não[...] (9.47)

o HU tem uma política de sobrevivência de administração, particular de uma gestão[...] o HU sempre bateu na tecla de que[...] para cumprir o fator social e que é obrigação do governo e das autoridades, ele cumpre o papel realmente de público, gratuito e com qualidade[...] eles não querem fugir desse contexto[...] (14.50)

às vezes eu acho que a divisão fica um pouco distante da direção, devia ter mais reuniões, uma reunião mensal, isso não tem. Fica mais difícil até próprio serviço da divisão com outros, só quando eu solicito (15.3)

A diretoria setorial é que faz a ligação com todas as divisões e a diretoria geral.(17.14)

**Figura 31 – Aderência (Tático)**

## Nível Operacional

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.1 – O Regimento Interno do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.1.6 – Aderência**

### Unidades de Registro:

para te dizer em relação ao regimento, apenas diz a atribuição básica de quem gerencia a [...], recursos humanos e materiais, de forma a fornecer uma boa assistência [...] (21.5)

Cada serviço no hospital tem suas normas e rotinas, e é uma engrenagem[...] (21.26)

O HU defende muito a idéia de ser 100% público e gratuito, mas falta muito a consciência das pessoas com relação ao seu papel (21.56)

O hospital foi criado para atender os estudantes, ser um hospital escola, a [...]não é mais escola, os alunos vieram para cá para tocar serviço e não mais para aprender como era, em que se dava uma aula em cima daquele caso, não se faz mais isso, parou, perdeu-se. (22.39)

As próprias pessoas da sociedade também, várias pessoas que tinham plano de saúde estão começando a vir para o HU, isso tudo modifica toda a estrutura do hospital, então estamos construindo uma política assistencial sem rever esses conceitos, portanto acho que estamos no caminho errado. (22.40)

Agora, a primeira missão seria atender a comunidade e depois o ensino, aqui na emergência, apesar de termos os acadêmicos, de [...], na [...], perdeu-se muito o ensino. (22.41)

Seguimos as normas gerais do hospital, mas temos liberdade dentro do nosso serviço. (30.7)

O Hospital funciona muito com a parte ambulatorial, dando o aprendizado aos alunos, e segundo daria vazão aos pacientes de alta complexidade (31.10).

Quando se fala da parte sócio-política, o hospital universitário é um hospital que atende o paciente apenas pelo SUS, mesmo os diferenciados[...] que não tem um apartamento (31.11)

a nível social, muitas vezes, o paciente de classe mais baixa é mais atendido, mas isso não impede que os pacientes com melhores condições sejam atendidos aqui de forma igualitária. (31.12)

**Figura 32 – Aderência (Operacional)**

## 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC.

Esta sub-categoria agrupou dados relacionados à prática dos gestores do HU, dando origem as seguintes categorias temática: **Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções; Planejar; Organizar; Dirigir/Comandar; Coordenar; Controlar.**

Tais categorias temáticas foram selecionadas com base na fundamentação teórica desta dissertação que diz respeito às funções fundamentais da administração.



**Figura 33** – Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC

### 1.2.1 – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções

O propósito desta categoria temática foi de agrupar as afirmações que os entrevistados fizeram a respeito do conhecimento teórico de suas funções diárias e, num



sentido geral, foi percebido que os profissionais que ocupam um cargo de chefia, possuem conhecimentos adquiridos na prática do dia-a-dia.

Alguns entrevistados comentaram que não ocorre um treinamento administrativo da área antes de assumir o posto, fato que dificulta o processo administrativo:

[...] na verdade contamos com a experiência do dia-a-dia e isso acaba sendo de uma utilidade muito grande, embora nos desgastemos muito, porque trabalhamos um pouco além (2.4)

Na verdade as funções de chefia aqui dentro são muito amadoras, não tem uma coisa bem definida (19.7)

não temos os conhecimentos e a capacitação de um administrador. (20.9)

Por se tratar de uma instituição que reúne profissionais com funções mais específicas de assistência, percebe-se a dificuldade que a maioria possui no trato da administração em seu setor.

É sentido também, por parte de alguns entrevistados a necessidade de aplicar as ferramentas de administração, mas isto fica em segundo plano, quando a questão é quem ocupar um cargo dentro do hospital, como se confirma por uma afirmação do gerente de nível tático e um do estratégico:

A minha função não é administrativa, é assistencial aqui dentro, mas eu faço isso porque eu sou uma servidora e já estou há muito tempo aqui dentro, e eu já fui chefe algumas vezes e na verdade precisa do conhecimento, não pode ser uma pessoa de fora. (12.25)

com certeza se atribuíssemos funções e usássemos as ferramentas teóricas da administração, talvez nós tivéssemos um pouco mais de conforto administrativo, por assim dizer, embora o serviço público tem suas características próprias (2.5)

## Nível Estratégico

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.1 – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções**

### Unidades de Registro:

[...]a minha formação em administração é a que eu estou aqui no hospital há dezesseis anos[...] (2.2)

Comecei como chefe de laboratório e fiquei oito anos de chefe de laboratório, dois anos, quase três anos na chefia da divisão de apoio assistencial e depois, fui convidado, já na gestão anterior para ser diretor de [...] e agora nessa, foi condição imposta para continuar, então é claro que não temos os métodos e as ferramentas teóricas da

administração.(2.3)

Teoricamente a função de diretoria de [...]nos hospitais, de uma maneira geral, é de fazer um elo entre a equipe [...]e a direção do hospital. (3.1)

[...]o [...] não é o administrador, ele é um técnico de [...]e quando administra é de uma, ele faz de uma forma leiga, então nós temos uma terminologia diferente [...], porque na verdade [...] exercemos uma função que não é diretamente a nossa[...] (3.3)

A função do diretor [...], é associado ao técnico no caso do hospital universitário, propriamente dito, é essa, a responsabilidade final do tratamento dos pacientes [...] (3.4)

Essa função de administração de pessoal é principalmente nossa tarefa de diretoria de [...]e o financeiro é mais que geral, do hospital todo. (4.2)

**Figura 34** – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções (Estratégico)

### Nível Tático

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.1 – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções**

#### Unidades de Registro:

Gerenciamento de fato não tem e isso há mais de um ano. (11.17)

estou na área de administração de [...] desde 1985, já participei de muitos cursos fora, ligados à área de [...]propriamente dita, almoxarifado, licitações, compra, então eu conheço cada uma delas daqui da minha divisão (14.3)

eu defendo essa tese de que o conhecimento não é um degrau que temos que alcançar, chegou lá é eterno, o conhecimento é a cada dia, o próprio Heráclito dizia que “uma pessoa não pode banhar-se duas vezes no mesmo rio”, que o rio passou, a água se foi e o homem também está crescendo a cada minuto[...] (14.23)

**Figura 35** – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções (Tático)

### Nível Operacional

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.1 – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções**

#### Unidades de Registro:

conheço minha função dentro da direção que ela tem[...] mas a direção administrativa, a direção geral do hospital eu não conheço, qual a função da direção administrativa, da direção de apoio, da enfermagem, essa parte eu não me envolvo (19.2)

O médico não tem essa visão que tem que formar a parte de gerenciamento. (19.24)

Eu entrei em janeiro já querendo sair, então eu não vou fazer curso de gerenciamento para uma coisa que é transitória. (19.26)

Em geral no HU, todas as gerências são amadoras. (19.42)

Conhecimento não é passado. Se tiver necessidade de algo, solicita para diretoria geral. (20.10)

Todos têm suas atribuições definidas especificamente (22.1)

Possibilidade de melhoria vejo agora, com esses estudos de gerenciamento, pelo menos normatizar, ter uma linha de

pensamento, eu tenho uma linha de pensamento já, e para melhorar a área eu fui à busca de conhecimento. (22.22)

Depois que vim para esse serviço, não tive noções para gerenciar (23.1)

sempre tive na imaginação como gerenciar, mas nenhuma experiência eu tive nessa questão de estar gerenciando um ou outro qualquer, porque eu tive experiência no gerenciamento do almoxarifado que trabalhei e, uma outra vez que já estive aqui também (23.2)

Eu sei das funções que tenho que fazer aqui, mas não porque a direção me coloca, de certa forma confiaram que tenho capacidade para fazer isso e aí eu vim, apostaram em mim e na avaliação pessoal, estou dando conta do recado, dentro das condições que o hospital me dá (23.5)

Eu já participei de alguns cursos e também tinha a experiência de outro momento que fui chefe. (24.15)

quando entrei aqui eu não tinha, a não ser de meus chefes anteriores, documentos que faziam as coisas, não existe um treinamento, não existe uma política de gerenciamento que tu possas estar te guiando, não tem essa coisa forte dentro do HU (26.14)

eu não tenho formação de gerência, no meu curso eu não tenho formação para ser gerente do serviço de [...] trabalhar com o funcionário não se ensina, apenas com a alimentação. (30.66)

**Figura 36** – Apresentando conhecimentos e opinando sobre a prática das funções (Operacional)

### 1.2.2 – Planejar

O planejamento como uma das funções fundamentais da administração, atua na previsão de uma situação futura que se deseja chegar, sendo importante para a eficácia das demais funções do processo administrativo, como foi detalhado no tópico 2.4.1.

Para os gerentes entrevistados, o planejamento é entendido de forma diversificada. Uma das causas pode ser as características específicas de cada categoria profissional existente, que tendem mais ao assistencialismo e menos ao administrativo, como argumentou um dos entrevistados:

o que fazemos na verdade é procurar entender melhor cada processo a cada novo dia, seja um processo assistencial, porque esse até entendemos bem. (1.35)

mas tentamos melhorar cada processo, atuando em cada etapa dele sempre que possível, naquilo que a nossa atuação pode mudar alguma coisa, (1.37)

entender os processos internos, na assistência de atuação, no ensino na área da saúde, para que o hospital seja o melhor laboratório possível, que dificulte o mínimo possível aos profissionais que atuam aqui, os professores, os servidores que ajudam a ensinar, aos residentes, aos estudantes, (1.39)

Para ele, o processo fundamental se resume em gastar menos e produzir mais. Porém, alguns gerentes se aproximam um pouco mais dos conceitos do processo fundamental ao considerarem as funções interligadas:

num dado momento eu estou incluído nos três, mas o planejamento eu acho que faz parte, porque se eu não faço um planejamento correto ele não aceitará os outros todos, se eu faço correto e de acordo com o que planejamos os outros podem até não existir. (7.45)

Não dá para separar muito as coisas, se tu tens um planejamento, tens que coordenar para que ele aconteça, tens que controlar estão juntas, não há muito que separar. Não vejo que uma se sobrepõe a outra, claro que em determinados momentos e situações, uma acaba mais que a outra, mas no geral caminham juntas. (13.25)

O ideal seria trabalhar direitinho com o planejamento, organizar e daí para frente controlar, mas tem sido um pouco complicado. (24.20)

Ao mesmo tempo que planejo, tenho que organizar porque à tarde pode haver mudança, e controlar para saber o que foi feito. (32.18)

Bem, pelo exposto por gerentes entrevistados pôde-se perceber que eles tentam planejar junto com toda a diretoria, porém, muitas coisas propostas não podem ser concretizadas por não depender diretamente dos membros do HU, mas sim do Sistema de Saúde.

Com isso, a pouca dedicação para o planejamento está presente, mas quando ocorre é com base nos planos anteriores e, muitas vezes quando um problema é identificado, estabelecendo planos por meio de prioridades e necessidades.

Esta categoria trouxe uma gama de considerações feitas sobre o planejamento, que vão desde a conceitos, processos, a vantagens e desvantagens, bem como as dificuldades que o planejamento apresenta na rotina dos gestores, como se pode visualizar nas figuras 37, 38 e 39.

## Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.2.2 – Planejar</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p> <p>[...]é preciso fazer uma remodelação funcional (1.6)</p> <p>Junto com toda a diretoria discute a política institucional (1.9)</p> <p>Infelizmente não temos algumas questões resolvidas que me permita fazer a parte de planejamento mais adequado, e de pensar na forma planejada como será a instituição amanhã, como será o mês que vem, o ano que vem, daqui a dez anos, deveria ser o papel (1.22)</p> <p>porque muitas vezes não podemos mudar nada, depende deles, do sistema de saúde, do próprio Ministério da Saúde, que cria alguns entraves a nossa atuação (1.38)</p> <p>precisamos também entender os processos fundamentais, que é gastar menos e produzir melhor. (1.40)</p> <p>Infelizmente o planejar é o menos realizado. (1.77)</p> <p>Eu vou dar um chute, porque isso não dá para quantificar, eu acho que temos 10% de planejamento, 60% de execução e uns 30% de controle, porque o controle é problemático aqui também, tentamos, mas é difícil. (1.78)</p> <p>porque o hospital depois que traçamos certos princípios, se nós tivéssemos recursos financeiros, até que seria bastante interessante, mas hoje não temos, então atuamos na verdade, na ação simplesmente corretiva.(2.43)</p> <p>nós fazemos um plano normalmente de atividades do ano seguinte, mas esse plano não conseguimos cumprir em razão que sabemos da necessidade, sabemos como se aplicaria, só que não temos muito investimento, é muito comum, por exemplo, fazermos um investimento e só receber os valores no último dia do ano (2.8)</p> <p>O planejamento existe. Existe chefe de divisão, existe chefe de serviço e existem os trabalhos que tem que ser realizados. (3.30)</p> <p>Existe também planejamento de outras áreas de pessoal, a medicina também faz o seu planejamento, então essa parte nós acompanhamos, a parte anual nós fazemos, a parte global é feito mais pelo diretor geral, então só encaminhamos alguns dados e ele providencia isso. (4.30)</p> <p>[...]fazemos esse planejamento anual, mas é com base no que realizamos nos anos anteriores, principalmente financeiro e depois mensalmente vai depender muito do que produzirmos. (4.31)</p> <p>O que tiver que acontecer no próximo ano, se haverá uma greve ou não, isso tudo tem que definir.(4.32)</p> <p>Ou então sobre a prática em si para que gente possa planejar em determinadas fragilidades em determinadas áreas, (5.26)</p> <p>planejamos: se é a assistência que está com problema, então ali vamos planejar melhor a assistência, são reuniões em cima da prática. (5.27)</p> <p>temos que planejar e temos que institucionalizar (5.29)</p> <p>estamos no momento de institucionalizar, que seria a construção das normas, a construção de modelos, a construção da parte formal, (5.30)</p>

**Figura 37 – Planejar (Estratégico)**

## Nível Tático

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.2 – Planejar**

### Unidades de Registro:

eu faço parte de um todo e tenho uma função que pode atingir esse todo, mas quem o planeja seria mais a direção nos encontros com suas respectivas diretorias, pela necessidade do ambiente hospitalar. (7.32)

planejamento tal, executar a tarefa que me cabe na estrutura, correta[...] (7.42)

Existe sim o planejamento na capacitação[...]fazemos o treinamento da área técnica e busca essas opções de palestra, de cursos, fora do foco da rotina do técnico. (7.48)

Agora nós vamos começar um novo planejamento de como montar o centro de medicina fetal aqui dentro[...] (8.46)

Na [...],temmos algumas questões já estabelecidas, da filosofia, dos objetivos, só que nós não temos construído isso, estamos construindo através de uma equipe de trabalho[...]com base[...] sempre nos princípios do SUS, algumas questões (9.2)

Essa diretoria não cobra planejamento, mas eu faço o meu. (10.14)

Conforme o contato que temos e, a dificuldade que estamos, fazemos o levantamento de problemas em cada serviço, eu tenho o meu roteiro, então nós vamos identificar o problema e como podemos trabalhar em cima daquela dificuldade (10.15)

o planejamento dos serviços é uma coisa assim para mim, eu vejo o que tem de prioridade. (10.27)

Temos coisas que começamos a trabalhar já há 2 anos atrás, no mesmo ponto e aí só foi mudando a estratégia mas ainda não consegui chegar num objetivo, não foi possível, mas vamos alterando a estratégia, de qualquer forma eu estou sentindo que estou avançando, porque não estamos parados[...] (10.29)

nas laterais, nós temos feitos algumas reuniões de melhora do padrão, por exemplo, nós fazemos reuniões de melhora do ensino, então quando as pessoas vão assistir aulas feitas por nós, por exemplo, o serviço social quer que aprimoremos[...] (11.15)

Cada uma das chefias tem seu planejamento. Se bem que na prática eu não sei se isso funciona bem. (12.29)

com o planejamento, eu trabalho aqui dentro da [...], porque nós somos obrigados, somos obrigados a ter ata de todas as reuniões que fazemos. (12.30)

Planejar o investimento olha que é com muito sacrifício, o hospital teve sorte de ter muitos diretores, pessoas extremamente honestas, até o momento, que com certeza vestiu a camisa, onde era tudo na pontinha do lápis. (12.39)

estamos fazendo um[...] planejamento em cima do controle de [...]para fazer uma reforma, mas não entra nenhum centavo. (12.44)

Não tem nada privado, é tudo SUS, tudo é gratuito, não sei como é que o hospital está de pé ainda. É porque trabalhamos e gostamos disso aqui, então nos motivamos. (12.47)

tem que fazer a previsão de pessoal, de material para cesárea[...] (13.3)

Por exemplo, no serviço de compras, o controle de materiais faz o planejamento, mas quando falta um produto, o serviço de compras é o primeiro atingido, porque precisa comprar, senão a falta desse material pode levar a morte de alguém, ou comprometer a vida, a segurança de alguém, então ele tem uma certa predominância entre os outros em alguns casos quando ele realmente é convocado[...] (14.12)

Por exemplo, nós queremos aumentar o ambulatório, tivemos um pedido de um bucomaxilo para trabalhar aqui no ambulatório, então arrumar uma área física para ele é um planejamento. O indivíduo quer usar a cirurgia ambulatorial aqui tal horário é um planejamento. O anestesista tem que comprar um carrinho para o ano que vem é um planejamento muito caro[...] tudo feito junto com a direção. (15.22)

Planejamento na minha divisão não é feito, fazemos planejamento com a [...]como um todo. (16.35)

mudamos um pouco, o relatório das divisões ainda fazemos anual com a [...], que vai para a direção geral, porque a universidade também solicita, mas, o que eles pedem é muito em números, quantos saíram para mestrado, quantos treinamentos feitos, quantas pessoas liberadas[...] (16.37)

se tenho uma férias para dar, faço todo o fluxo de como tem que ser uma férias, memorando[...] (16.40)

O material está reescrevendo todo o controle de material dele. (16.41)

Estamos criando planejamento e ele está caminhando junto[...] (16.42)

[...]nós temos planejamento[...] temos sempre leis para podermos sair das dificuldades, temos que saber usar (17.6)

[...]no [...]planejamos treinamentos, eventos variados na área de [...]em geral, não apenas para o meu setor e damos orientação introdutória para os novos, sendo uma semana[...] (17.9)

Fazemos reuniões de [...], que são planejadas por semestre, através de um cronograma. (17.15)

**Figura 38 – Planejar (Tático)**

## Nível Operacional

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.2 – Planejar**

### Unidades de Registro:

Aqui é uma unidade de [...], é feito hemodiálise, diálise peritoneal, temos planos de fazer transplantes de rins e um tratamento de diálise que a pessoa é treinada para fazer hemodiálise em casa, mas até o momento foi difícil porque havia muita instabilidade de funcionários, agora que está mais permanente o pessoal estamos começando a pensar nisso (18.13)

Eu planejo mais a assistência relacionada ao paciente. (18.30)

Falta um pouco o planejamento relacionado aos funcionários, até de aperfeiçoamento destes funcionários. (18.31)

Fazemos de tudo um pouco, mas o planejamento é o maior prejudicado. (18.32)

Todo momento tem que ter um planejamento, por exemplo, na medida que temos algum assunto para ser resolvido, programar reuniões para discutir[...] (19.27)

no dia-a-dia, não temos muita coisa escrita, memorandos, etc é mais na prática, os objetivos de ter uma nova unidade nós sabemos, mas não temos no papel, não temos esse plano por escrito. (19.28)

Temos algumas deficiências como serviço público de recursos humanos, falta de qualificação de apoio, então redobra a nossa preocupação, porque além de planejar e designar a pessoa, sentimos falta de orientação e treinamento desse pessoal[...] (21.10)

No semestre anterior de cada ano, é feito uma previsão do que e em que quantidade será gasto no ano e fecha-se um contrato com as empresas no início do ano e elas se comprometendo a entregar uma quantia mensal durante todo o ano, mas isso não está acontecendo, fazemos tudo certo de nossa parte e no tempo hábil e o medicamento não vem (21.18)

Nós faremos uma reunião para elaborar uma proposta para apresentar a direção, com relação a esse atraso que há na chegada dos medicamentos aos pacientes em algumas unidades (que deve chegar às 14h ou 16h). (21.30)

Na emergência existe uma atribuição da chefia que é o planejamento da unidade. Essa função nunca foi exercida, não sei se por falta de estímulo da própria chefia, porque não temos um modelo de gestão no HU, administrativa, então, fica muito jogado[...] (22.9)

tem pessoas que não conseguem planejar nem mentalmente. (22.13)

O [...] trabalha 24 horas com isso, apesar de não estar escrito. Mentalmente planejamos, controlamos, supervisionamos, lidamos com o ser humano. (22.28)

Comecei a trabalhar com o setor de costura, para que confeccionasse, para o ano seguinte as roupas já estarem prontas, fazendo uma média com base nos relatórios anteriores: se usar 100 calças esse ano, vou me programar para 150, afim de que no ano que vem, quando faltar essas calças, eu não peça para as costureiras fazerem por já se ter pronto. (23.13)

Temos reuniões na segunda, na quinta, quase todos os dias, exatamente discutindo cientificamente, como nós vamos fazer para o paciente ser melhor atendido, como fazer para os alunos aprenderem mais. (25.8)

O planejamento é feito no início do ano, reúne o grupo, são várias facções, o que faremos na residência, como vamos ensina-los, como vamos programar o ensino, como ensinar o pessoal que está no sexto ano. São eles que fazem, mas eu

confiro tudo. (25.13)

o que compete a mim aqui é fazer um trabalho dentro da pedagogia de ponta, mas é um interesse de nós profissionais que trabalhamos aqui, isso não é exigido, porque temos um vínculo na verdade equivocado[...] (26.6)

se tem ônus financeiro o HU não demite, então você tem que ter todo um histórico, seguir passo a passo, advertência verbal, advertência por escrito, vai na Fapeu, volta, chama o sujeito, dá chance, investe, e aí você tem que ficar montando estratégias (26.30)

então acho que isso toma tempo, essas estratégias, essas conversas, essas discussões, a burocracia, o entrave que é uma demissão, uma admissão também, todo um jogo que tem que ter[...] (26.33)

eu tenho um planejamento das minhas atividades diárias, eu sei exatamente o que tenho que fazer quando chego aqui. (27.27)

eu tenho uma rotina diária de trabalho planejada, tudo escrito o que tenho a fazer[...] (27.28)

Estamos escrevendo nosso manual de rotinas, é um planejamento técnico gerencial de nossa parte (27.29)

vemos que eles fazem o trabalho deles, mas se tu quiseses fazer um planejamento, um envolvimento com outras coisas da unidade os funcionários não se envolvem[...] (28.6)

O planejamento da maternidade é anual, mas semanalmente também temos um planejamento porque tem que pedir material, etc (28.41)

não temos estratégias. (29.37)

Sim. O planejamento, o controle é feito mais, mas os três são importantes[...] o importante é não centralizar, você tem o papel de coordenar e passar para o grupo[...] (29.41)

A parte mais forte mesmo é de concepção dos cardápios, é a que tem maior peso (30.15)

trocar a composição e trabalhar muito com o fornecedor, entrega de gêneros, também é um problema nosso porque muitas vezes falta, mas queremos e, então voltamos atrás (30.18)

gasta-se muito tempo, metade do meu tempo é em cima do cardápio, trocando de aquisição, essa coisa bem burocrática, que não leva a nada (30.19)

fiz um padrão de cardápio, padronizamos as requisições diárias, para ver se parava um pouco de fazer o trabalho manual para fazer outras coisas, mas não tem como porque sempre falta alguma coisa[...] (30.20)

Estamos sempre correndo atrás do prejuízo, como temos certas coisinhas que não conseguimos consertar, no meu caso[...] então perde-se muito tempo, replanejando o meu cardápio e a minha semana, dia-a-dia tem que refazer (30.38)

O chefe de turno divide os funcionários para cada paciente, sendo 29 pacientes para 5 funcionários para começar a trabalhar, isso pode ser feito diariamente ou para a semana. Quando tem paciente para exame, o técnico vai junto, quando o paciente é grave, vai mais alguém e redivide os pacientes novamente. É feito o papel de medicação que se usa, o controle psicotrópico (calmantes), controle de material (entrada e saída), planejar o quanto de material é usado pela clínica. O enfermeiro de turno também é o que dá autorização do remédio e de tudo que é feito com o paciente, além de fazer atendimento direto também (32.3)

**Figura 39 – Planejar (Operacional)**

### 1.2.3 – Organizar

Na percepção dos gerentes estratégicos, sua atuação na segunda função do processo administrativo acontece de forma mais generalizada, distribuindo as atividades entre os gestores dos demais níveis que ficam responsáveis pela organização das funções e



planejamentos menores, específicos de sua área, visando o alcance dos objetivos do planejamento estratégico da instituição.

Mas, apesar das funções serem distribuídas, todos trabalham em conjunto, para que tomem atitudes em seu setor que não prejudique os outros existentes:

Uma atitude da enfermagem, da medicina ou da administração, sempre ou quase sempre tem que ser discutida com o todo para saber o que vai acontecer com o outro grupo, quais as influências que pode ter no outro grupo, então ela é setorizada para organizar, mas é de todo para funcionar.(1.59)

Na maioria das argumentações dos gerentes táticos, pode ser visualizado que eles tem clareza sobre o que devem fazer em sua área específica, qual a sua parcela dentro da organização, como função.

E, suas atividades num sentido geral, é de cuidar de detalhes que dizem respeito aos recursos humanos, materiais e outras que garantam a funcionalidade das atividades do setor.

Alguns chegaram a comentar que trabalham em conjunto, dando suporte aos funcionários que operam, tomando decisões democráticas entre os colaboradores, como se pode verificar:

Melhor coisa para melhorar essas práticas, essas funções é reunir-se com eles, com o operacional, e questioná-los para ver se está tudo bem, se está faltando alguma coisa se tem dificuldade em algum setor, alguma coisa, sempre procurar e dar suporte para eles também, ferramentas, sempre. Ferramentas num sentido geral. (6.22)

um critério para liberação que temos para curso de longa duração, por exemplo, estabelecemos uma comissão, nessa comissão, fazemos sugestões, levamos para as unidades, as unidades discutem, então reunimos com os técnicos, com os auxiliares, dão as sugestões, retorna, eles organizam o material e nós marcamos uma assembléia para votação. (9.32)

Um dos gestores tático, afirmou que uma boa organização depende de um bom planejamento, estando assim, uma função dependente da outra como são as funções do processo administrativo:

a organização, se eu mantenho o meu planejamento correto, a organização se mantém, se eu não faço, com certeza terei de ser trocado, não estou jogando direito [...] (7.43)

No nível operacional, os gerentes trabalham de forma parecida aos gerentes tático, variando um pouco de acordo com suas particularidades e, tendendo mais a organização assistencial, principalmente quando são áreas de contato direto com o paciente:

Então minha função basicamente é organizar escalas dos médicos, discutir alguns aspectos relacionados à assistência dos pacientes, de encaminhamento, basicamente assim. Eu não vejo nada de administrativo, é mais na parte médica mesmo (19.5)

Minha função é garantir a assistência [...]com a minha equipe de trabalho, atendendo o ambulatório, a radiologia, a otorrino, a oftalmo, a gastro, a endoscopia, todos os setores que usam medicamentos[...] pacientes internos e não internos (só consultados). Sou responsável por toda parte gerencial de recursos humanos e de materiais[...] (21.2)

É sentido por alguns gerentes, a falta de tempo para trabalhar a organização, o que prejudica de certa forma a otimização dos resultados ou de uma atividade em especial, que fica esquecida em função de outra que está sendo prioridade no momento:

No dia-a-dia a correria toma muito tempo, dando pouco tempo para se dedicar a organização, planejamento da parte [...], as coisas vão saindo “aos trancos e barrancos”, mas o importante é que no final das contas o resultado ainda fica dentro do desejável (21.7)

sobra pouco tempo para organizar algo a mais, ou por em prática alguma coisa que queremos fazer aqui dentro e, que é minha função (30.39)

Algumas considerações, não lembradas em outros argumentos, foram ressaltadas aqui nesta categoria temática e chamaram a atenção por apresentarem opostas entre si e inerentes aos gestores que as consideraram.

A primeira foi a de um gerente preocupado com a qualidade de vida dos funcionários dentro do ambiente de trabalho, sendo um elemento que pode influenciar nos resultados e na motivação:

o gerente tem como tarefa também a preocupação com a qualidade de vida do funcionário, para estar motivado, que seja atendido em suas necessidades básicas para poder trabalhar[...] (21.36)

O segundo caso, foi o conceito de cidadania resgatado por um gerente operacional, com um enfoque baseado no contexto do setor:

Agora mesmo, estamos passando com um cargo de chefia a ser definido por um processo eleitoral somente dentro da emergência, onde eu já estou fazendo todo o trabalho da situação da emergência, da situação atual, o que o pessoal pode fazer para esse cargo, quais são as opções que eles tem enquanto equipe, para convidar alguém, nomear, escolher, então fazer a democracia e também da cidadania, porque

tem muitos que desconhecem os direitos, então você vai junto, para discutir, debater, pensar, analisar, então se faz muito essa parte, a nossa própria profissão é assim (22.5)

E o último refere-se ao uso do poder originado pela posição hierárquica (autoridade) para garantir a funcionalidade do setor:

A partir do momento que eles não fazem, eu sou um cara que tem o poder na mão e, com o poder na minha mão eu tento organizar o setor, não marcando a pessoa ou levando para questão pessoal, mas como servidor e como cidadão tento fazer funcionar da melhor forma o setor. (23.49)

Eu sou igual a eles, mas com função diferente e, de certa forma, às vezes uso o poder para tentar organizar, porque é muito difícil controlar três contratos (FAPEU, servidores, terceirizados) (23.50)

### Nível Estratégico

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.3 – Organizar**

#### Unidades de Registro:

A direção do hospital define a política institucional e administra as coisas maiores, a questão financeira, a questão de material, ela dá o suporte administrativo institucional (1.8).

Então caberia ainda as estruturas mais baixas do diretor de divisão, o trabalho mais de reorganização funcional, mais uma questão de organização de planejamentos (1.15)

Na diretoria de administração, uma das tarefas principais é o gerenciamento financeiro e o gerenciamento de pessoal (4.1).

A parte de pessoal, está vinculada à universidade, então é uma divisão auxiliar da universidade, em que se faz todo o acompanhamento, de rotação, de pagamento, de folha de frequência, folha de pagamento informando todos os dados, auxílios, vale alimentação, vale refeição, insalubridade. Toda contratação é feita pela universidade (4.3).

Com relação a parte financeira não temos uma autonomia, o recurso vem do ministério via universidade, e nós trabalhamos só com papéis, só com documentos, dinheiro não mexemos, fica tudo na UFSC, a cota é única para a UFSC, então recebemos via orçamento, que é liberado o orçamento mensalmente. E dentro dessa cota que é liberado mensalmente fazemos o gerenciamento interno (4.6).

Diretoria administrativa: dá todo apoio administrativo para direção do hospital, em toda questão de aquisição de material, controle de material, toda administração de material, dá um apoio administrativo na gerência de pessoal, naquilo que é parte formal administrativa (1.47).

claro que a medicina se envolve também com a administração de material na medida em que ajuda a selecionar quais os equipamentos adquiridos, que materiais precisará para o centro cirúrgico[...] anestésico(1.53)

a enfermagem ajuda também na aquisição de material para enfermagem, seringa, agulha, gase, etc...](1.54)

Na verdade nós tentamos organizar.(2.38)

[...]escrito, está dentro do modelo gerencial participativo, hierárquico, onde a coisa fica mais bem formatada (5.7).

**Figura 40 – Organizar (Estratégico)**

## Nível Tático

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.3 – Organizar**

### Unidades de Registro:

o que faço é dar suporte à direção do DMSG dá suporte a esses serviços (6.8)

então nós prestamos serviços aos diversos serviços que tem dentro do hospital, então o setor administrativo prestador de serviço[...], todo contrato administrativo de serviços centraliza aqui, inclusive o terceirizado, tudo. (6.29)

é muita coisinha e na verdade tenho que cuidar das coisas maiores, porque se tu fores pegar nas coisinhas pequenas, tu não administras [...] mais generalizado[...] é uma medida mais racional[...] (6.31)

o que fazemos é dar o suporte para os diversos setores do HU porque quando se fala em hospital só se pensa em médico e enfermeiro, o diretor administrativo na verdade é uma gotinha de nada numa organização dessa, só que eu não me importo (6.49)

nós somos em torno de quase 1500 pessoas e aí fazemos toda a rotina, como férias, como licença prêmio, como adicional noturno, como hora extra, a escala encaminhada pelas unidades para nós é feita toda alteração do vale transporte, tem tudo isso, a avaliação de desempenho, tudo isso passa pela nossa divisão de pessoal do HU que alimenta o sistema e automaticamente é encaminhado ao DRH central que fica localizado na Reitoria (7.2)

a minha função como chefe da divisão de [...]é manter toda essa rotina de pagamento, que cada um tem como direito dentro do maior nível de acerto (7.25)

Na área administrativa cabe-me [...] alimentar o pagamento, fazer curso de treinamento (7.29)

eu quero organizar dentro do centro obstétrico, eu tenho uma chefia de enfermagem de centro obstétrico, aqui eu não tenho, mas eu tenho de enfermagem, que tem todas as subchefias também. (8.43)

Nós aqui na chefia de divisão somos responsáveis pela questão de contratação, de demissão de pessoal, de treinamento, de atualização [...] (9.14)

E fora coisas das funções mais burocráticas assim, de expedir material, fazer pedido, ter que assinar e conferir, coisas mais simples. (9.19)

São mais os problemas envolvendo médicos, gerenciamos mais a parte de médicos, por exemplo organização de férias, licença, dispensa para congresso, problemas individuais que trazem desarmonia entre as várias especialidades (12.5)

organizar escalas de férias para não atropelar e não ficar apenas uma pessoa com três enfermarias juntos (12.18)

Claro que trabalhamos muito em cima da questão da organização do trabalho que para mim, é um conceito muito amplo, porque dentro da organização está o planejar, está o controlar. (9.33)

temos as decisões de pessoal, as necessidades de educação do trabalho, então a coisa mais forte é isso aí, [...], e dessas questões mais polêmicas que envolve a administração de pessoal e preparo de pessoal para cada uma das áreas, de contratação, tudo isso[...], (13.15)

as questões de pessoal geralmente passam por nós, as questões de aquisição de materiais também[...] (13.16)

Uma coisa que batalho muito é pela capacitação, pelo aperfeiçoamento[...] (14.22)

Qualquer problema que tem na anestesia, na emergência com o médico, não funcionário ou enfermeiro, um problema de falta, que é um problema administrativo, aí vem para mim, falta de material também (15.2)

Outro objetivo é que eles têm necessidade de treinamento, não podemos ficar parados com a mesma técnica 20 anos, o mundo muda muito rápido e essas necessidades de treinamento são detectadas por eles, trazido para nós e organizamos formas de trabalhar isso [...], para ver como vai trabalhar, então toda essa forma de fazer o treinamento ser possível cabe a mim também. (16.13)

o setor mais organizado do HU é a [...], os outros setores buscam aprender conosco [...](16.36)

Nós temos se organizado para que a organização seja mais tranquila (17.4)

**Figura 41 – Organizar (Tático)**

## Nível Operacional

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.3 – Organizar**

### Unidades de Registro:

a única coisa que faço mesmo de administração aqui é pedido de material, solicitação de algum conserto, escala (18.21)

Função de organizar as atividades dos médicos e do serviço de [...], não inclui os outros setores profissionais, apenas a parte médica que envolve o paciente (19.3)

tem poucos médicos e freqüentemente a escala fica difícil de fechar[...] (19.15)

Nós é que estamos definindo a atribuição de cada seção, de cada atividade, mais detalhada, mas falta muito ainda no aspecto de organização (21.6)

Eu não sei se depende de quem está no cargo no momento, mas, eu estou despendendo mais tempo com o suprimento de materiais (21.15)

encaminhar todos os pedidos de materiais, de recursos humanos[...]mas o chefe imediato se envolve com muitas coisas para garantir que aquela atividade seja concretizada[...] (21.22)

Enfim o que toma maior tempo são os recursos humanos, que temos que estar fazendo escala, etc[...] e materiais, em determinados momentos. (21.23)

O pior é o gerenciamento dos recursos humanos, pelas pessoas não serem técnicas. (21.24)

temos até hoje cadeiras de madeira e sabemos que há setores que estão com seu mobiliário moderno, e isso é papel do gerente, cuidar dessa área, bom ambiente de trabalho e questões que interferem na saúde do trabalhador, para ter no mínimo uma cadeira confortável [...] (21.37)

No caso do atraso dos [...], por exemplo, cabe a nós, mostrar as coisas certas no momento certo à diretoria, para ver o que pode ser feito para [...]e se vai interferir em outro serviço[...] (21.39)

Para a chefia da [...] fica a parte mais geral, consertos, pedidos de materiais para dar estrutura para as pessoas que estão na assistência, fazer escala, férias, atestado médico, cobertura de escala, cronograma para os treinamentos e para os cursos que tem. (22.15)

a maior dificuldade aqui é a comprar de materiais para reposição das máquinas, me causa uma grande dor de cabeça. (23.33)

o que compete tem muito a ver com a filosofia da própria escola, porque o que compete a mim aqui dentro é muito complexo, em linhas gerais, tenho que promover, possibilitar o desenvolvimento total, global da instituição[...] mas específico mesmo é muita coisa (26.2)

Falta pessoas, tem que mexer com substituição é um jogo de cintura com as contratações [...] (26.25)

eu trabalho com o gerenciamento técnico e área técnica, então eu faço toda a parte de gerenciamento aqui do setor em termos de pessoal, de material, de área física, de normas, de rotina, de escala de serviço, de escala de trabalho, de escala de passe de ônibus, toda a parte administrativa fazemos aqui nessa área, mas trabalhamos mais especificamente com a parte técnica, área específica aqui dentro[...]eu não me envolvo com as outras áreas do hospital, porque o meu serviço é muito aqui dentro, eu não tenho um gerenciamento sobre outras áreas[...] as funções de administração existe porque tu lidas com a parte técnica, material, física (27.5)

resolvemos com a Divisão basicamente coisas administrativas em relação a pessoal e em relação a aquisição de material (27.18)

quando a Divisão não consegue resolver, como no caso do problema em que estamos apenas com uma autoclave para o hospital todo, isso é praticamente inviável, a demanda de material que temos é muito maior do que a capacidade da autoclave que temos, então isso foi para divisão, da divisão foi para nossa diretoria da direção geral e daí todos batalharam nessa aquisição, é um problema que extrapola a minha gerência, que eu não posso resolver sozinha[...] (27.21)

sou responsável pelas coisas administrativas, pelos materiais e equipamentos, de recursos humanos da unidade, fazer escala de serviço [...] (28.2)

Eu tenho a organização e o planejamento das atividades das unidades junto com os funcionários[...] avaliação da assistência aos pacientes (28.4)

É cobrir a escala de serviço, quase todos os dias têm um que falta, que folga[...] pedido de medicação e de material também. (28.21)

temos contato com o diretor do hospital através da direção setorial, que solicitamos as necessidades a esta que leva a direção geral, podendo aceitar ou não as nossas solicitações, tanto de material quanto de pessoal, porque a parte material da [...] é muito caro, então freqüentemente estamos solicitando material para acompanhar o desenvolvimento da técnica[...] (31.28)

procuramos atender emergências e, grande parte dessas emergências por faltar uma quantidade de leitos, temos que preferir pacientes que necessitam de cirurgia e, interna-se os pacientes de alta complexidade, que vem do interior ou mesmo da capital que tem algum problema maior, tentar resolver esses problemas e ao mesmo tempo, o aluno aprender esses tipos de problemas (31.6)

Eventualmente fazemos algum atendimento assistencial para ensinar aos alunos (31.15)

Cada clínica tem sua escala, seus funcionários, cada um tem sua chefia com 8 enfermeiros de turno[...] (32.14)

Cada clínica tem seu material fixo também, cada um tem um material exclusivo, quando os outros precisam, usam e devolvem[...] (32.16)

**Figura 42 – Organizar (Operacional)**

#### 1.2.4 – Dirigir/Comandar

Houve poucas considerações a respeito desta função no nível estratégico. A ênfase dada foi na questão de estimular as pessoas para que trabalhem de forma razoável ao esperado pelos objetivos planejados. Outra consideração foi sobre a diferença que há entre o que está escrito formalmente e o que ocorre na realidade, como se pode verificar na figura 43.

Como no HU existem funcionários com diferentes tipos de contratações e, cada um tem seus direitos e deveres específicos, em alguns momentos, geram conflitos dentro da instituição. Tal problema foi citado com freqüência durante as entrevistas e para os gerentes do nível tático é uma das situações mais difíceis de se dirigir:

[...] no caso dos nossos funcionários permanentes, eles tem estabilidade, então não tem como. Se tu não gostastes, tu tens que ficar com a pessoa, tens que trabalhar com aquela pessoa, trabalhar para ver se a pessoa melhora ou procurar, motivar essa pessoa [...] (6.35)

[...] no terceirizado não, tu tens aquela liberdade de tirar, agora desvantagem, rotatividade das pessoas, tem muita rotatividade[...] (6.36)

daí tu ouves as pessoas, que vem aqui é problema em cima de problema, então tu tens que administrar aquilo (6.39)

é bem mais cansativo tu trabalhares com cabeças do que trabalhar com papel, isso eu tenho experiência [...] (6.40)

Não só no sentido de contratação, mas dirigir pessoas foi citado como situação delicada também por ter número insuficiente de funcionários, pela falta de conhecimentos ou capacitação e pelo próprio relacionamento, que foi um elemento muito citado, com uma das justificativas sendo o choque que existe entre algumas categorias profissionais:

o contato que temos muitas vezes é muito difícil, no sentido do trabalho, de resolver algumas questões, de ter que estabelecer algumas ordens de serviço, porque não é nada fácil isso aí, a relação [...]. (9.21)

Como a falta de pessoal, é difícil, tu não podes contratar, aí tem demissão, o outro fica doente, pega um atestado, tem aqueles que se afastam por tempo indeterminado[...] então procuramos estar presente para tentar conciliar e ajudar a chefia de serviço a administrar esses problemas (10.17)

Assim, um caminho que um gerente encontrou foi de dirigir a situação e não as pessoas:

eu na minha administração[...] a administração do diretor do hospital[...] não quer encontrar os culpados da história, queremos encontrar a solução (6.46)

E, além disso, segundo os sujeitos, é preciso ser responsável e assumir suas decisões, tomando-as em conjunto com o chefe superior, como se verifica na figura 44.

Foi ressaltado também a questão da informalidade nas relações entre as pessoas, que leva a uma direção doméstica, sendo apontado como negativo, pois na verdade deveria existir um equilíbrio neste caso.

O espírito líder também aparece por um gerente que toma decisões e dirige em conjunto buscando idéias e soluções com os colaboradores de seu setor, distribuindo autonomia aos chefes dos órgãos menores vinculados ao seu setor. Ele reflete também confiança na capacidade de cada um:

Estou aqui como líder e não trago para mim toda a responsabilidade, cada chefe de serviço tem a sua autonomia. (14.31)

Nós discutimos bastante junto e eles conseguem com isso fazer cada um o seu planejamento (14.32)

A direção nos órgãos operacionais funciona em algumas ocasiões como um trabalho em equipe, dividindo as responsabilidades, administrando as situações (problemas/conflitos) que devem ser resolvidos.

Existe uma certa autonomia para os funcionários poderem agir, tendo uma direção mais maleável, sem reprimir o funcionário. As pessoas que gerenciam este nível também é livre para resolver os problemas que alcançam e, em algumas áreas técnicas, o conhecimento capacita o indivíduo para tomadas de decisões específicas. Porém, em outras áreas, o gerente encontra resistências por parte dos funcionários, o que limita sua direção e seu poder de resolver conflitos:

muitas vezes não conseguimos trabalhar, então é tanto “**não**” que deixamos a idéia um pouquinho de lado, então troca uma ou outra que são mais flexíveis (30.46)

temos que estar sempre pensando e como é muita coisinha, tem resistência daqui e dali, às vezes deixamos, não consegue ir além[...] (30.47)

Alguns gerentes operacionais, disseram que, o mais importante é disciplinar as atividades de cada um quando o setor lida diretamente com a assistência e possui funcionários que tem uma certa autonomia em suas responsabilidades, sendo muito importante também ter inovações que motivem o crescimento do setor, como ressaltou um entrevistado:

[...] fazer inovações para que o serviço cresça, para que ele funcione, para estimular as pessoas. (29.7)

## Nível Estratégico

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.4 – Dirigir/Comandar**

### Unidades de Registro:

O grande papel que o diretor exerce aqui, tem obrigação de exercer todos os dias sem esmorecer é de manter o grupo estimulado a fazer um trabalho que acreditamos ser razoável para as condições que temos. (1.43)

Ter uma mente estimulando a tropa, como dizem, motivado, isso não é fácil, porque não podemos premiar ninguém e é muito difícil punir um mau servidor também, então assim os instrumentos de gerência de administração nós praticamente não temos. (1.44)

[...] nossa obrigação é de motivar o pessoal para continuar desenvolvendo um trabalho que é razoável. (1.45)

indo para Diretoria de Apoio Assistencial, é a diretoria que tem suas funções próprias, para garantir os serviços subordinados a ela que são: Raio-x, Quimioterapias, Serviço de Pronto-atendimento do Paciente, Farmácia, Nutrição, Laboratório, Anatomia Patológica, só que é um serviço de apoio básico a assistência, à saúde do paciente. É claro, e dentro desse meio fazer o papel primeiro de administrar o pessoal ali, administrar os pequenos conflitos, tentar atender as necessidades dos servidores, estimular a realização de eventos, participação em seminários, realizações, todos os diretores tem essa atribuição também, naquele pessoal antes de vir para direção tentar fazer a acomodação gerencial do pessoal. (1.49)

Tu escreves que o diretor de [...] é responsável por isso e isso, que tem tais e tais diretorias. Então tu fazes isso de uma maneira burocrática, só para formalizar, mas no dia-a-dia do trabalho as coisas funcionam de uma maneira diferente(3.12)



nos casos de urgência, onde existe risco de vida, então podemos fazer compras de emergência (4.12)

**Figura 43 – Dirigir/Comandar (Estratégico)**

### Nível Tático

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.4 – Dirigir/Comandar**

#### Unidades de Registro:

toda vez que tu prometeres alguma coisa, tens que cumprir e é assim que eu sempre resolvo as minhas coisas, sempre me reúno com as chefias e sempre procuro[...] e está funcionando.(6.25)

se eu for atender servente por servente eu não trabalho, então o meu contato é sempre com o fiscal, servente eu não atendo[...] (6.30)

[...]o gestor na verdade tem que ter o contato direto com o responsável do serviço[...] (6.33)

[...]quando trabalha com empresa terceirizada, mexemos muito com as cabeças. (6.34)

O gerenciar hoje aqui para mim é mais difícil do que gerenciar as relações interpessoais aqui dentro, até porque trabalhamos com pessoas doentes, que necessitam de cuidados adequados e de qualidade[...] (9.34)

uma coisa que busco é sempre estar presente nas dificuldades principais do dia-a-dia (10.16)

a parte administrativa, que eu tenho um gerenciamento, eu procuro só intervir no momento em que há necessidade de uma coisa mais positiva (11.9)

Acabamos resolvendo mais os problemas que não interfere em orçamento.(12.10)

Tu és obrigado a ficar apagando incêndio e sem poder nenhum, só resolvendo picuinhas. Ninguém gosta de ficar se envolvendo em problemas, para quê, gratuitamente.(12.28)

de dirigir as atividades e tem as atribuições estabelecidas para cada uma das divisões[...] (13.2)

a administração como um todo coordena, vigia, controla, mas ao mesmo tempo ela também dá a mesma oportunidade, confiando a cada gerente principalmente, o conhecimento que ele mesmo tem, dando autonomia para que ele resolva. (14.38)

Os chefes desse serviço estão comandando, controlando, estão tudo certo, e quando eu tenho algum problema eu levo a eles nessas reuniões ou particularmente a eles para discutirmos.(14.42)

Não houve nenhuma imposição da direção geral, há discussões dos serviços, das rotinas, a forma de gerenciar é minha. (14.45)

Não tem reuniões, só quando preciso e solicito, então quando acontece algum fato, uma falta, alguma coisa grave, tomo as devidas providências.(15.4)

Estou apenas um ano nesse cargo da divisão, até agora eu estava na chefia de serviços, na [...], então lá as atribuições batiam certinho, agora aqui eu levei um choque, uma coisa era o que estava escrito e outra coisa era administrar 120 pessoas, porque lá eu lidava com paciente, com assistência e com o funcionário, aqui eu lido só com o funcionário, lá eu tinha 34 funcionários, aqui eu tenho 120, em 5 clínicas diferentes, então realmente, o que está escrito lá, eu concordava, achava que estava tudo certinho, mas é uma realidade diferente na prática[...] a coisa é muito mais complexa, porque tu lidas com funcionário, com problemas, com uma estrutura do governo bem maior do que conseguimos resolver (16.2)

Ah, apagar incêndio é a mais predominante (risos), eu não sei se é em todas as divisões, mas na minha divisão [...] (16.4)

além da responsabilidade de [...]ele é responsável pelo serviço do [...](16.17)

Com relação as funções eu faço parte do [...], com bastante horas para ele e também administro os setores de minha divisão, o [...] são serviços que ficam sob minha responsabilidade[...] (17.8)

**Figura 44 – Dirigir/Comandar (Tático)**

### Nível Operacional

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC****Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC****Categoria Temática: 1.2.4 – Dirigir/Comandar****Unidades de Registro:**

então ela também tem o poder de decisão, é claro que sempre ela vai me perguntar, porque sou eu que assino pela chefia[...] Eu não posso assumir tudo, pois não fico aqui o tempo todo. Como as chefias fazem 8 horas e eu faço 6 horas porque trabalho também no sábado. As outras chefias não fazem isso, só se houver alguma necessidade no setor aí participam nos finais de semana (18.7)

O que vem de orientação da minha chefia, procuro seguir, vendo o comum acordo para o nosso setor, que é diferente dos outros[...] (18.11)

temos essa função de direcionar as atividades, acabamos gerenciando naturalmente (18.20)

não adianta eu ficar numa posição muito acima e só comandar, ou só reprimir (18.39)

As decisões são tomadas pelos técnicos de cada atividade aqui dentro, fora isso temos uma boa relação dentro de todo o sistema. (20.11)

A parte administrativa mesmo fica mais com a chefia, a parte gerencial da assistência fica mais com o enfermeiro do turno (22.14)

As pessoas são absolutamente livres para trabalhar até para fazer o planejamento por área e todo o controle, são absolutamente independente, mas tudo que exigir aumento de custo tem que passar por mim e pela direção geral, agora quanto ao resto[...]Eu só preciso saber o que está acontecendo. (20.23)

Mensalmente eu faço o ponto dos funcionários, então eu registro o ponto, eu que sou responsável pelo ponto, as faltas, os atestados, passo no ponto, faço a escala de serviço mensalmente e assino, faço a escala para eles receberem o passe e assino, faço diariamente a escala de atribuições deles, o que cada funcionário vai fazer em cada turno, assino essa escala, então isso só na área de pessoal (27.6)

se determinada coisa será feita daquela maneira, nós é que determinamos [...], que vamos atrás[...] a divisão fica nos assessorando em problema que não conseguimos resolver dentro das unidades e aí extrapolamos para divisão[...] (27.20)

Eles estão começando a entender que sem uma gerência a unidade não funciona[...] (28.15)

na realidade sou uma gerenciadora dos problemas que acontecem, tentar sanar as dificuldades que são passadas para mim que entro com os chefes maiores para ver o que pode ser feito (29.2)

O que eu vejo é o seguinte: a função básica da chefia é mais disciplinar o atendimento porque cada profissional tem a sua responsabilidade[...] (31.19)

temos que direcionar esse que está entrando no que ele vai ter que fazer, os horários que vai atender porque senão vira bagunça, cada um faz o que quer[...] (31.22)

então tentamos direcionar as necessidades da cidade e do hospital ao que o médico faz. (31.23)

**Figura 45 – Dirigir/Comandar (Operacional)**

### 1.2.5 – Coordenar

Coordenar é uma função muito presente no HU, como pode ser identificado nas unidades de registro desta categoria. No caso do nível estratégico, os gerentes usam

muito, tomar decisões em conjunto de forma democrática, por meio de reuniões freqüentes, a fim de adequar as ações aos recursos disponíveis.

A mesma situação que ocorre no nível estratégico, também é vivenciada nos demais, ocorrendo algumas particularidades, pois ao refletir sobre a coordenação, os gestores destacaram inúmeros elementos que caracterizaram esta função dentro do HU.

Para eles, coordenar abrange mais o tratamento de conflitos, situações e atividades que devem ser realizadas para resolver os problemas:

dependendo de cada situação temos que criar alternativas[...] atuo sempre de uma forma bem facultativa, sempre reunimos o grupo na prática (10.5)

vamos tentar primeiro reunir o grupo e conversar o que aparece de situação e é sempre assim.(10.23)

mas eu procuro fazer uma avaliação do contexto todo para poder tomar uma medida. (10.39)

Com isso, há necessidade de ter muita integração trabalhando em equipe, e sabendo ouvir opiniões, idéias para soluções de problemas, dar espaço a criatividade dos funcionários, tendo muito diálogo, pois mesmo assim pode existir resistência por parte de alguns indivíduos:

sempre tomamos soluções em conjunto, a solução sempre buscamos em conjunto, sozinhos não fazemos nada, há uma integração (6.11)

[...]sempre reunindo e ouvindo o que o grupo tem a propor[...] (10.10)

pegamos um representante de cada serviço[...] e tentamos conversar e encontrar um meio termo, uma solução para situação, não achar que: “Ah por que o nosso está certo” – sempre eu tento reunir, tem que ter o jogo de cintura não adianta, tem que saber que cada um tem a sua versão e procurar ser o mais imparcial possível, não adianta querer puxar: “Ah porque o nosso serviço é o que faz correto” – nós também temos as nossas falhas[...] (10.24)

Temos que pensar que podemos fazer melhor[...] dar idéias e todos dar vazão à criatividade, todos participar e o resultado final sempre é de todos. (14.59)

Sempre tento conversar, principalmente em grupo, porque eu acho que estou na chefia, mas não quer dizer que eu tenha a solução de tudo, também estou aqui para aprender, principalmente para aprender, então eu deixo bem claro, que não trabalho sozinha, mas em grupo, precisamos focar nisso e levar adiante, alguns aceitam, outros não gostam[...] (24.27).

Foi percebido também que alguns gerentes tentam despertar a responsabilidade no conjunto, abrindo espaço para participarem, motivando e estimulando o interesse em tomar

decisões coletivas, liderando e despertando novos líderes e, tudo isso girando em torno de reuniões:

E a direção como um todo, tem a prática de realizar uma reunião semanal, para que se discuta e se coloque todos os problemas maiores, para que a decisão não seja de um diretor setorial em separado, mas do grupo, para que com isso, primeiro, tenhamos conhecimento do problema, segundo, tenha participação nas soluções e terceiro, que a decisão seja do grupo e não de um ou dois, porque se for assim a chance de que essas decisões cheguem as estruturas inferiores é maior (1.13).

e a direção da sua forma busca sempre junto com os diretores setoriais, discutir os problemas gerais do hospital para que todos se sintam responsáveis e que dêem o seu pouco, mas significativo, de contribuição para solução e entendimento do todo. (1.65)

Todas as decisões são feitas de forma coletiva, não há deliberação que dependa de mim[...] (5.12)

não tem como criar atrativo financeiro, então tem que ser atrativo de outra forma, de vir aqui tentar trazer uma contribuição para o serviço de uma maneira, de ajudar e ver junto contigo o que tu podes melhorar e essas campanhas aí: “Vamos ganhar o título disso” - daí vestir a camisa: “vamos lá, vamos lá” - o hospital vai aparecer, eu trabalho no hospital conseqüentemente é legal tu dizeres que trabalhas no hospital que está obtendo índices bons, então, essa filosofia, até deu um feedback de informações que agora passamos para eles também (8.20)

É importante criar uma visão de que cada um é responsável pelo resultado do todo, da instituição, onde será melhor para todos o crescimento. (14.60)

eu gosto que os funcionários pensem e tomem iniciativa, pois nos desgastamos menos, as pessoas estão ali, sabem quais são as funções delas, tem experiência, então não ficará fazendo mecanicamente. (21.46)

Tentamos conciliar muito trabalho com a direção, se você não tiver o grupo estimulado você não tem retorno. (29.38)

Mas, apesar deste novo olhar, abrindo espaço ao coletivo, alguns indivíduos ainda não conseguiram se adaptar, e quando tem que tomar decisões, pensam que deve partir do superior:

Mas eu vejo que na hora de decidir eu percebo que eles olham para mim, apesar de eu estar sempre junto fazendo tudo junto (18.41)

Mas eu busco sempre decidir em conjunto, porque pode ter gente que sabe mais do que eu em determinadas situações e eu não gosto que se imponham para mim, então não gosto de impor pros outros também (18.42)

Outro fator que também entra em choque é por parte de gerentes que criaram vínculos com os funcionários, fato que o limita em sua ação, no estímulo de participar, a fim de preservar o bom relacionamento:

Eu insisto muito para que eles participem, mas tem momentos que fica difícil chamar a atenção, pois trabalhamos mais de 10 anos com as mesmas pessoas, cria-se vínculos além profissionais e, se tiver que chamar atenção[...] a minha prática é de

chamar na sala e conversar, pois é muito ruim fazer a pessoa passar por constrangimentos na frente dos outros companheiros (21.47)

Em algumas situações, a coordenação se faz fora do planejado, dependendo das necessidades vivenciadas, como se pode verificar nestas afirmações:

Tem algumas coisas que são feitas diferente da rotina do HU. Por exemplo, o paciente que não tem dinheiro para comprar remédios e não tem no HU, é feito uma arrecadação entre os funcionários para ajudá-lo. (32.5)

O HU tem uma política em que não é oferecida refeição aos acompanhantes dos pacientes que se residem em Florianópolis, mas intercedemos junto ao serviço social e com uma entrevista feita aos pacientes para analisar o caso é feita a liberação. (32.6)

### Nível Estratégico

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.5 - Coordenar**

#### Unidades de Registro:

há uma certa aglutinação de funções em alguns momentos, no serviço de radiologia, no serviço de hemodinâmica, tem médicos e enfermeiros, subordinados a estrutura do serviço, mas no final trabalhando em conjunto, trabalhando numa única equipe ainda que originados de diretorias diferentes (1.56)

A UTI, tem a equipe médica e a equipe de enfermagem trabalhando juntas e de certa forma temos que pensar na administração desse todo buscando o melhor resultado,[...]é fundamental essa aproximação dos diretores setoriais e deles com a direção geral (1.57)

Nós não temos uma administração muito teórica. Na verdade vamos aos locais de trabalho ou as pessoas vêm, e acabamos resolvendo problemas (2.17)

[...]sempre que há uma necessidade fazemos uma reunião geral com todos e normalmente são apresentadas “n” problemas a serem resolvidos, mas todos infelizmente passam pela área financeira e então é difícil de resolver. (2.19)

Então o nosso trabalho é de acompanhar o trabalho das divisões e para a sua melhoria, fazemos treinamentos continuados, fazemos cursos, incentivamos a participação de eventos e congressos e sempre em um entrosamento com a universidade (4.15)

Isso é tudo ministrado por essa seção, então eles coordenam tudo e os próprios funcionários nossos são instrutores. (4.24)

São muitas, mas na verdade as atividades que um diretor de [...] faz é totalmente executiva e de coordenação (5.11).

[...]se for deliberada em conjunto então eu executo (5.13).

Então minha parte é coordenar e executar o que é deliberado pelo corpo de [...] (5.14)

Temos reuniões semanais com os quatro diretores, diretor geral e vice, e as coisas são decididas em conjunto[...] (5.21)

**Figura 46 – Coordenar (Estratégico)**

## Nível Tático

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.5 – Coordenar**

### Unidades de Registro:

eu tento organizar, tento coordenar[...] ajudo bastante na hora que tem que ajudar (6.6)

Então, o suporte que damos é o de ouvir as pessoas, os problemas que eles têm (6.9)

Quando uma pessoa senta na sua frente, na frente de um gerente, soluções ele não vem te dar, vem te trazer problemas, então, quem tem que dar solução ou procurar a solução somos nós, (6.10)

aqui é um conjunto de pessoas que desenvolve, que administra na linha do diretor geral (6.12)

quando vamos fazer uma tomada de decisão, sempre fazemos em conjunto, por exemplo, tem um assunto importante para tratar, eu subo, converso com o Diretor, com o meu diretor setorial e procuramos nos entender (6.16)

Às vezes tem as mudanças que acontecem que trabalhamos com um monte de serviços, é recepção, é telefonia, é motorista, é atendimento, é vigilância, então tudo isso é muito complexo, então sempre temos que procurar trabalhar diretamente com a direção (6.18).

para eles desenvolverem um bom trabalho, para eles terem satisfação de vir trabalhar, eu sempre procuro elogiar, entendeste, então isso é legal. (6.19)

Acho que as duas coisas caminham juntas, estão em paralelo. Acho que ao mesmo tempo que tu coordenas, tu também tens que trabalhar em cima de uma organização senão tu não te achas.(6.20)

Bem trabalhada, com certeza, melhor integração, acho que se por acaso não tivesse integração, não existiria um resultado porque tu não fazes nada sozinho. (6.21)

Temos essa integração, até sendo o nosso setor uma área de serviços, essa integração tem que ter (6.27)

Sim,[...]minhas atividades são do departamento [...], que tem todo gerenciamento do pessoal de recursos, que estão localizados no ambiente hospitalar (7.1)

Sempre fazemos essa reunião. (7.34)

às vezes, por estarmos na rotina um entendimento que o serviço pode ser facilitado até para ele, e eu tenho sempre que buscar isso: “Qual a tua opinião? Qual é a que tu sugeres como solução para esse fato?” – e temos nos dado muito bem nesse aspecto (7.52)

Então tu tens que criar. Nós aqui rebolamos para criar atrativos para o médico poder vir aqui, numa hora fora, não financeiras[...] (8.19)

Então essa falta da integração das coisas, vemos que é complicado, é uma lacuna (8.41)

então tu acabas pedindo para essas pessoas[...] tendo a contribuição dos outros serviços. (8.44)

Com a enfermagem trabalhamos muito junto, isso chama muita a atenção aqui na maternidade, é um serviço que trabalha coeso, tu sabes que precisa deles e eles sabem que precisam de nós [...] (8.45)

Eu participo, procuro participar ativamente das discussões, das atividades, estar sempre atuando junto com a chefia direta da unidade, dando um suporte a ela (9.13)

[...] então fazemos turno semanal e participamos ativamente de vários turnos, muitas vezes dispondo o que as unidades pretendem, que elas desejam enquanto treinamento, da grande necessidade de serviço, também participo nas avaliações, nas reuniões de setores dos enfermeiros ou dos trabalhadores, todos juntos, tentando participar do todo[...] (9.18)

De uma forma bem geral, eu faço o sistema de supervisão e coordenação das atividades que são realizadas dentro dos serviços (10.1)

e discutimos, debatemos e às vezes vem até alguma sugestão do grupo, e é assim que vamos tentando construir em conjunto (10.6)

[...]na avaliação oficial que existe, você fica muito abstrato, então resolvemos trabalhar em cima, para construir uma avaliação só que foi feita uma para cada serviço, um para cada categoria em particular. Só que é assim, tudo em conjunto, não é assim: “A, porque agora a divisão entende que tem que ser feito assim, e a direção não vai aceitar” – não, está sendo

discutido e as pessoas estão dando as suas contribuições, seus talentos e estamos tentando ajustar, aí pode ficar em conjunto. (10.13)

eu propus estar diariamente presente e onde tiver o problema maior eles me chamam, eu sempre faço a revisão, tentando resolver tudo que estiver ao alcance da divisão[...] (10.19)

tento sempre traçar uma linha de ver qual é o problema, tenho que ouvir as pessoas para tentar identificar. (10.25)

na gerência intermediária como eu fico, então eu oriento e o que eu não posso responder quando tenho uma dúvida, procuro buscar resposta e manter a informação e dividir quando sou solicitada[...] (10.35)

E quando nós fazemos um documento de solicitação nós o fazemos com a solicitação dos vários departamentos, como você sabe o hospital universitário é muito dividido, tem lá o grupo da enfermagem que tem desde uma chefia correndo em paralelo com o grupo médico. Aqui isso não acontece, nós fizemos uma coisa única, então qualquer decisão sai com a assinatura de todos, sentamos, discutimos e vemos o problema seja do médico, da enfermeira, da nutricionista da assistente social, então vamos pedir juntos. Mais integrado. (11.13)

estamos tentando trazer a especialidade de cada um para o grupo, para aprimorar, para poder entender o trabalho de cada um. Isso é o que estamos fazendo entre nós (11.16)

Fazemos reuniões integradas[...] (11.18)

integrar essas chefias de serviço para dar uma solução melhor para os problemas que estão tendo. (12.4)

aqui você trabalha com a multidisciplinariedade e se trabalha com várias especialidades ao mesmo tempo, por exemplo, a enfermagem, psicologia, odontologia, setor administrativo e acabam tendo que se harmonizar com todas as pessoas e a aí tentamos resolver a parte da medicina. Por exemplo, se um médico falta, você não imagina que problema grande que causa tudo isso[...] (12.6)

o meu cargo tem tudo haver com esses problemas aí. Os problemas de atendimento ruim, até por parte de meus colegas que é uma coisa chata chamar a atenção de colegas, tu ficares cobrando se vieram (12.15)

Então para satisfazer a clientela acabamos tendo que se desenvolver mais nessa parte, que é a parte mais chata, cobrar tanto, fazer assinar ponto, que é uma coisa legal, mas eles esquecem, (12.17)

Aqui não trabalhamos sozinhos, aqui trabalhamos junto com outras especialidades e outros cursos. (12.19)

[...] em termos de divisão temos as funções de coordenar todo o trabalho da divisão (13.1)

[...] e coordenar muitos serviços que fazem parte dessa divisão[...] (13.4)

estar coordenando as atividades que são dirigidas para assistência (13.5)

Se você for pegar o regimento geral do HU, as funções estão ali colocadas, eu penso que deveria ter uma coordenação para que as divisões tivessem uma atuação pelo menos, não muito diferenciada de uma para outra, mas isso não existe (13.8).

Tentamos trabalhar com reuniões dentro da nossa divisão, para podermos discutir as necessidades, estarmos acompanhando o trabalho deles para perceber o que surge e é de nossa alçada, para ajudar a resolver. (13.11)

Com relação às outras áreas, buscamos fazer uma relação, mas essa já mais quando surge o problema, então vamos lá e resolvemos discutindo, tem alguma medida mais pausada. (13.12)

Fazemos reuniões periódicas para discutir entre eles. (14.8)

Eu intercedo, sou o cabeça da reunião para ajudar a tratar as faltas, mas isso não quer dizer, que será minha palavra. (14.33)

Eu deixo a cada um fazer os seus comentários e os seus planejamentos para o ano, é claro que quando isso esbarra em alguma coisa podemos ter autonomia para discutir isso comigo ou com os colegas até. (14.34)

Então quando vou a direção, participar da reunião e dar idéias, eu sempre levo o problema e duas ou três possíveis soluções, tenho ensinado isso aqui a eles, porque é importante conhecer as alternativas que todos têm um conhecimento. (14.39)

Eu coordeno a divisão de clínica cirúrgica, no sentido de observar e gerenciar; emergência, anestesista, serviços diversos de clínica cirúrgica do HU[...] (15.1)

A função aqui é de fazer o elo entre as 5 clínicas que estão sob a minha responsabilidade e a direção geral do hospital e a diretoria setorial, na verdade eu sirvo de ponte para esses dois lados (16.6)

o tempo todo você tem que estar disponível para poder mediar as situações para que a coisa não estoure num bate boca, então tu serves muito de mediador. Mediador dos funcionários entre si, entre os funcionários e a chefia da clínica e as outras clínicas, porque o nosso trabalho nunca é isolado, sempre é interligado entre um e outro. (16.12)

a carga emocional ficou bastante desestruturada, claro tocamos um monte de problemas de relacionamento, hoje o meu principal serviço é esse. Estamos tocando o treinamento, mas no sufoco[...] (16.8)

Eu tenho as chefias, o que elas têm de problemas elas têm autonomia para resolver lá dentro, o que elas não conseguem resolver, pedem minha ajuda eu vou lá e ajudo[...] sentamos com elas e vemos as melhores soluções. (16.50)

A administração dos setores é com relação a problemas com o pessoal, admissão, demissão, material, tudo o que eles não conseguem resolver passa para mim, se não consigo vai para diretoria setorial, tudo de forma hierárquica.(17.10)

Temos reuniões também entres as divisões, e aí é que uma fica sabendo do problema da outra e no que podem ajudar. (17.16)

Eu nunca tomo uma decisão isolada[...] (17.19)

se tem algum problema com os [...], chamo os [...]para chegar numa solução, junto com a chefia de serviço. Se o problema é com os funcionários da [...], aí será com eles[...] (17.20)

**Figura 47 – Coordenar (Tático)**

## Nível Operacional

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.5 – Coordenar**

### Unidades de Registro:

e como eu faço de manhã e a outra enfermeira faz a tarde, estabelecemos em comum acordo, que ela também decidia as coisas em relação a troca de plantões, etc (18.6)

mas como aqui somos apenas em duas, não posso deixar todo final de semana para outra, e a prática vamos desenvolvendo conforme as coisas vão aparecendo (18.8)

Antes de irmos para reunião geral em que estão todas as chefias da gineco, da pediatria e das cirúrgicas, resolvemos primeiro numa reunião entre nós os problemas[...] (18.25)

A maioria das vezes o que percebemos é que as chefias estão de comum acordo, querem sempre saber o que está acontecendo, mas recebemos muito apoio deles. (18.35)

fico junto fazendo tudo que os outros fazem também (18.37)

O que fazemos é uma engrenagem, todos fazem juntos, aí tem coisas que eu é que tenho que fazer e o pessoal percebe isso (18.38)

trabalhando juntos vemos o que está saindo certo e o que está saindo errado, um chama atenção do outro, até a minha, porque posso estar fazendo uma coisa de forma viciosa e nem perceber, procuramos fazer um feedback (18.40)

as reuniões que me envolvem como chefia, são quatro semanais que é a parte chata e confunde um pouco o que é cargo de chefia com as minhas atividades de professora. (19.11)

Tenho a coordenação das atividades (20.2)

Cuidar de toda a atividade dentro do seu serviço (21.21)

O remédio tem chegar antes desse horário de medicação. Por isso estamos vendo com a área [...]e com a [...] o que pode ser feito para melhorar e o que deles está atrapalhando na nossa atividade e vice versa, para melhor atender o paciente. (21.31)

Resumindo, o que a [...]tem buscado fazer sempre é procurar ter uma boa comunicação com todas as chefias de enfermagem, mais até com estas por serem nosso contato mais direto, com a área [...] (21.32)

participar de reuniões periódicas administrativas da [...], ver os problemas e tentar soluções[...] (21.33)

Temos que se auto-motivar e motivar a equipe, seria interessante que tivesse política de gerenciamento. (21.53)

Eu trabalho muito em parceria com minha chefia imediata (22.8)

Nós temos duas chefias, mas ninguém interfere no setor de ninguém, nós apenas unimos as forças para trabalhar em conjunto e melhor atender a emergência, tem horas que é necessário sentar e ver algumas coisas juntas, baixar alguma norma junto, vendo os dois lados, então tem um bom relacionamento. (22.21)



Por isso, desejo mudar essa questão para um trabalho mais em conjunto, planejar em conjunto e vamos ter que aprender, vai ser duro[...]porque a maioria do pessoal está acostumado a receber ordens. Vão ter que aprender a ser profissionais, aprender a enxergar, aprender a ter visão, despertar os líderes que temos nas equipes e trazer para o seu lado (22.36)

Com relação às outras chefias eu procuro resolver as coisas muito de forma informal, mas quando não pode ser resolvido aí parto para formalidade[...] (23.27)

Eu sou subordinado a muitas chefias, mas eu tenho a minha visão, sou aquele cara que conversa bastante, procuro ajudar da melhor maneira que posso, mas as pessoas têm que me ajudar também trabalhando corretamente. (23.48)

coordenamos as tarefas daqui de forma geral[...] (24.3)

Geralmente fazemos reuniões, se tem alguma coisa que está sendo problema tentamos soluções em conjunto[...] (24.11)

sempre trabalhamos em conjunto[...] (24.13)

sempre tem um querendo se beneficiar mais, cada um quer defender o seu lado, mas eu sempre procuro conversar, apresentar o problema e tentar chegar numa solução, se não tiver jeito vai para um escalão mais alto, mas aqui tem conseguido bons resultados. (24.18)

Se no meio do caminho, estou tendo dificuldades, eu procuro sentar com o funcionário ou com a equipe (24.24)

Geralmente sentamos com a equipe e tentamos discutir a melhor forma de atingir aquele objetivo. (24.25)

Se alguém tem problemas sentamos e vemos no que pode ser ajudado, mas sem perder de vista o objetivo, em grupo sabemos que temos que chegar naquele objetivo[...] (24.28)

A chefia é científica, sou responsável pelo atendimento dos doentes, pelo ensino aos residentes, sou eu que coordeno a residência, eu formo especialistas e sou responsável pelos alunos de última fase do curso de medicina[...] então minha função é basicamente administração científica. (25.5)

São reuniões científicas com o meu pessoal, para resolver as coisas sempre são reuniões rotineiras. (25.7)

Geralmente quando precisamos de alguma coisa, reunimos o grupo que chefiar e trabalhos em conjunto, funciona direitinho. (25.11)

fazer uma reunião para discutir como fazer (26.32)

nós estamos ligados a essa divisão [...]e ela promove encontros e reuniões para se discutir os problemas[...] para se resolver as coisas a nível daquela divisão (27.15)

temos reuniões com a nossa direção setorial, englobando assuntos de toda a área, aí é mais administrativo mesmo[...] (27.16)

Eu conheço mais ou menos as atribuições, uma das minhas funções é representar os funcionários, ser representante dos funcionários[...] perante a direção setorial e perante a direção do hospital[...], enfim sou representante dos funcionários perante a instituição e sou representante da instituição perante os funcionários[...] (28.1)

sempre tenho buscado a participação, e cada [...]de cada turno representa o grupo de seu turno nas decisões[...] (28.19)

Como aqui é um setor de [...], eu tenho ligação direta com a [...], que é a que trabalhamos mais, temos um relacionamento diário porque os problemas que temos diários passamos uma para outra, temos muitas facilidades com uns e muitas dificuldades com outros[...] (28.26)

Decisões que precisam ser tomadas, que não quero ou não devo passar para o grupo todo e, outras decisões, busco com outras chefias[...] que dão um suporte[...] (28.30)

sempre estamos estimulando os funcionários a fazer cursos, e que ele traga na próxima reunião e repasse para o grupo numa próxima reunião[...] (28.34)

Sei as atribuições que tenho. Na realidade tenho que coordenar todo o serviço, no seu funcionamento[...] (29.2)

Eu não tenho uma resposta bem direta, o que se faz na realidade é ter uma conversa sempre aberta com a direção, discute-se bastante (29.35)

Discute-se bastante com o grupo também, então é uma conversa muito aberta[...] (29.36)

participar das licitações que são feitas, participar do recebimento de gêneros, qualidade e quantidade que vem ou não, quantos estão na dispensa, a parte de treinamento de pessoal também é de minha responsabilidade, mais da cozinha, é em cima disso, a parte de higienização da cozinha também, a supervisão é minha, basicamente é isso de uma forma geral, e as coisas que faço mais detalhada no dia-a-dia deriva desses citados (30.6)

Agora estamos tentando estimular o funcionário a trabalhar para nós, porque aqui o problema mais sério é o de gerência de pessoal (30.9)

Mas o que estamos tentando é isso trazer o funcionário para ajudar-nos a resolver os problemas, tanto de

distribuição de pessoal[...] (30.27)

é feito uma reunião entre o grupo, reúne as necessidades e leva até a direção e a direção vê a disponibilidade de não deliberação desse recurso. (31.32)

No momento que tem problema, vai falar com a pessoa que está relacionada, fala o que precisa e toma a decisão certa.(32.11)

**Figura 48 – Coordenar (Operacional)**

### 1.2.6 – Controlar

Controlar é uma função muito importante para que se possa avaliar os resultados, se estão de acordo com os objetivos planejados. Porém, na gerência estratégica, o controle é pouco presente, conforme as entrevistas.

Não é seguida, neste nível, uma rotina de avaliação para controlar. Neste sentido, os resultados vão até o gerente e em seguida ele toma as devidas medidas corretivas, uma vez que os resultados expostos, geralmente são os que saem fora de uma rotina positiva, como se verifica na figura 49.

Já nos demais níveis gerenciais, existem o controle com maior frequência. No nível tático por exemplo, um gerente citou a utilização de ferramentas que favorecem tal controle, como questionários, que são aplicados e avaliados, solucionando possíveis problemas ou desvios identificados:

Fazemos questionários trimestrais [...]e depois, no retorno desse questionário, fazemos uma avaliação para ver como é que está a limpeza, caso esteja precisando de algum ajuste, alguma coisa, chamamos o diretor da empresa e, junto com os fiscais, procuramos uma solução para aqueles problemas que estão no questionário, entendeste. (6.32)

No caso do controle de funcionários, existe a avaliação de desempenho, que para um dos gerentes é muito generalizada, o que na verdade deveria ser mais específica para cada área:

existe um sistema de avaliação de desempenho que é oficial, mas só que é muito amplo, muito genérico, tem fiscalização para farmácia, para o farmacêutico, pros remédios, na nutrição é com os alimentos, no prontuário, então cada serviço tem uma característica peculiar, então você não pode avaliar assim de uma forma geral (10.11)

Temos o controle que é feito através da avaliação de desempenho, então, nós temos um instrumento com padrões para avaliação de desempenho[...] (17.5)

Além da avaliação de desempenho, ocorre também a supervisão das atividades, a observação e em alguns setores, a revisão das atividades executadas. O motivo principal para controlar é de verificar os desvios que ocorrem nos resultados esperados, mas em alguns órgãos, os gerentes sentem necessidade de controlar por ser responsável e responder pelos resultados, o que pode prejudica-los, caso seja desfavorável:

tem coisas que eu sou responsável, tenho que estar de olho no que está acontecendo, porque se alguém tiver que se ver com o governo federal, esse alguém serei eu, são coisas que sou obrigada ser autoritária. (16.51)

Um outro gerente já sente mais a necessidade de controlar através da supervisão, por possuir funcionários que não são qualificados para a atividade, necessitando de cuidados constantes neste sentido.

Outras ferramentas utilizadas, segundo os sujeitos entrevistados são os relatórios e as normas específicas de alguns órgãos. Como exemplo tem um órgão que por suas características, contém normas e exige um maior controle de todas as atividades e pessoas, e que por sinal, se apresentou bem organizado em seu controle:

Nós trabalhamos aqui basicamente em cima do controle, depois tudo é guardado e classificado, todos os testes que fazemos com as autoclaves, testes químicos, físicos, biológicos, tudo fica guardado, tudo fica registrado, essa é a nossa segurança. (27.33)

Mas, apesar deste fato, alguns setores comentaram que a falta de funcionários, a falta de tempo, as emergências e a resistência por parte de funcionários, como fatores negativos ao controle de sua área:

como é que tu podes ter uma ciência sobre uma coisa que está ocorrendo lá no segmento à distância. Eu não posso estar encabeçando uma coisa aqui em cima e ver se o outro está faltando ou não, se um fator está rendendo, ou se está faltando um aparelho que quebrou (8.7)

Tive muita pressão, até por parte dos funcionários, com muita resistência, o que era novo não queria assimilar[...] aí trocamos muitas pessoas que eram viciadas[...] (23.20)

ficamos muito não sei se é controlando ou apagando incêndio, mas é o que mais pesa para nós aqui. (30.37)

parte de controle sanitário dos alimentos, eu não consigo fazer, porque não tenho tempo mesmo, total falta de tempo[...] pelos problemas imediatos. (30.40)

As necessidades do ambiente também influenciam no que controlar, como se pode verificar nesta afirmação:

O grande problema que temos é o espaço físico, então isso tem que ver através da chefia, através da direção médica, então a chefia fazia o controle para abrir espaço para os médicos aqui dentro poderem trabalhar, então o ponto básico é controlar para se ter espaço. (31.36)

Para o nível operacional, foi percebido ainda a existência de um controle mais diário das atividades ocorrendo de forma dinâmica e simultaneamente com outras ações:

E esse controle é diário, você está controlando direto, está supervisionando, controlando e por outro lado tem que estar ensinando junto, tem que ter uma ação diferente, tem que estar avaliando na mesma hora e tendo uma ação para resolver aquele problema[...] (28.42)

## Nível Estratégico

**Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC**

**Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC**

**Categoria Temática: 1.2.6 – Controlar**

### Unidades de Registro:

nós não temos um projeto em razão das dificuldades que nós temos de investimento, então o que nós temos é um gerenciamento de consumo, perfeito que enviamos à Diretoria de Administração, então fazemos essa ponte de necessidades (2.18)

faltou medicação, tenho que ver que outra pode substituir. O doente tem que fazer um exame em algum lugar, não tem naquele momento para onde ir, não há sala, tenho que resolver (3.20)

está faltando um profissional específico, porque um pediu demissão, então tenho que contratar outro, e terei que procurar. (3.21)

as consultas, por exemplo, no laboratório são agendadas pelo SUS, sendo agendadas oito consultas. Se o [...] não veio eu sei [...] é um autocontrole, porque se os doentes vêm e não tem [...], eles vêm reclamar. Então é um controle desse gênero. (3.37)

Quando estamos nesse acompanhamento o controle é feito mensalmente. Conforme vai vindo os recursos, apresentamos o faturamento e aguardamos vir o crédito ainda[...]vamos fazendo o acompanhamento e vamos fazendo os acertos e correções e o controle é feito mensalmente. (4.33)

**Figura 49 – Controlar (Estratégico)**

## Nível Tático

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.2.6 – Controlar</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>a minha função de eu ouvir com carinho uma área que toda a rotina de pagamento seja feita conferência para não haver o menor erro possível. Existe essa área de registro de controle, que seria o pagamento e existe o setor de capacitação, treino [...] (7.26)</p> <p>o controle, assim como eu não posso errar para menos não posso também errar para mais, então tenho que ter todo um controle pela receita que se tem para você manter a saúde financeira[...] (7.44)</p> <p>você tem que tentar é padronizar as atribuições e padronizar uma forma de avaliar essa atribuições (10.12)</p> <p>No momento em que fazemos o nosso trabalho, o ideal seria que tivesse alguém para supervisioná-lo para sabermos se está correto (10.26)</p> <p>Uma de nossas atribuições é isso, fazer com que o negócio funcione, fazer com que essa engrenagem funcione (12.7)</p> <p>Sempre busco observar as coisas como estão andando, num passo mais atrás, na observação claro. (14.41)</p> <p>Agora estamos tendo avaliação de desempenho, trazemos pessoas novas com outras formas de avaliar o desempenho para reciclar. (16.20)</p> <p>A [...]já trouxe pronto os objetivos de cada parte do planejamento, então é ela que controla. (16.44)</p> <p>Um pouco difícil está sendo o controle, muita coisa, muitas unidades. (17.25)</p>

**Figura 50 – Controlar (Tático)**

## Nível Operacional

<p><b>Categoria: 1 – FUNÇÕES GERENCIAIS NA PERCEPÇÃO DOS DIRIGENTES DO HU DA UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 1.2 – A prática dos gestores do HU da UFSC</b></p> <p><b>Categoria Temática: 1.2.6 – Controlar</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>[...]então eu tenho atividades com alunos da graduação, aqui dentro da maternidade,[...] e isso que basicamente ocupa o meu horário[...] tenho supervisão dos médicos residentes de pediatria com seminários semanais e as visitas de coordenação dos monitores[...] (19.10)</p> <p>Toda parte de gerenciamento do [...]é de minha responsabilidade, desde a coleta ao final da análise, como sistema não como opção de tarefa. Mesmo todos fazendo as tarefas ainda existe uma revisão minha. Todo processo de compra do [...]passa por mim. (20.4)</p> <p>tem que estar sempre por perto uma supervisora para as atividades estarem sendo feitas, porque tem muitos desvios de funções. (21.11)</p> <p>o forte da farmácia é ter o medicamento certo para atender o paciente certo no momento certo (21.16)</p> <p>Todos os dias tem que fazer o controle, encaminhamento dos medicamentos então é muito complicado (21.19)</p> <p>A medicação que sai daqui tem que chegar lá no horário, nem sempre isso acontece, estamos passando por um período difícil agora de atraso de medicações, porque a farmácia está criando novos controles e registros para atendimento que é para melhorar toda parte gerencial aqui, fato que exige um tempo maior para receber os medicamento, para registrar e depois fornecer esse medicamento[...] (21.28)</p> <p>porque não é só uma coisa mecânica, tem coisas técnicas para serem analisadas e registros para serem feitos nesse</p>

momento, se por um lado estamos gastando mais tempo para liberar os medicamentos em contra partida, as prescrições estão vindo para [...]muito tarde, também por algo que deve estar acontecendo na área médica, dentro da rotina deles. (21.29)

Trabalhamos muito em cima de erros, mas toda gerência tem que trabalhar com as três coisas. Aqui o que é mais feito é o controle e depois o planejamento. (21.41)

Algumas delas você consegue executar e realmente fazer, outras pela própria estrutura do hospital, tu ficas mais reprimido, é mais complicado (22.2)

Começamos a fazer relatórios, começamos a controlar o número de máquinas, controlar a quantidade de secagem por dia, controle de centrifugação. (23.11)

Comecei a controlar as [...]que faltavam nas cotas do hospital, porque aqui tem as cotas de cada clínica, subimos e repomos no outro dia. (23.14)

Comecei a fazer uma série de controles, muitos controles, controle das [...]que subiam e não voltavam, então começamos a pensar em como atacar esses problemas, tentar resolver esses problemas mais gritantes, para começar a fazer um tipo de reposição. (23.15)

Posso dizer que sou um cara controlador em todos os aspectos da [...]Je tenho que me ater a todos, servidores, [...] (23.41)

o que é com [...]tento controlar de todas as formas, [...], se acho errado, falo[...] (23.42)

Fazemos todo o orçamento do hospital, acompanhamos o seu faturamento[...] (24.2)

temos uma comissão para fazer uma avaliação de preços de firmas que fornecem serviços para o hospital com contratos, terceirizados como jardinagem, alguns lavadeiros. Esses contratos têm reajustes e fazemos avaliação de preços, faço avaliação de contas de caixa, relatório de desempenhos (24.4)

Com relação aos planejamentos mais gerais, a parte técnica é acompanhada pela orientadora pedagógica, se o cara está fazendo planejamento, se está fazendo os registros, se as coisas combinadas estão acontecendo, se as reivindicações feitas pela diretoria estão acontecendo[...] isso é função dela[...] (26.42)

A minha função[...] é ver se não está faltando ninguém, porque se faltar alguém eu vou ter que dar uma mexida para resolver o problema, vou na cozinha para ver se está tudo ok, é controle[...] (26.43)

É uma coisa de apagar incêndio, porque você não pode deixar de funcionar nada[...] (26.44)

A parte de área física, tudo que tiver que ser feito nessa área, de arrumar, de repor, de estragar, de modificar, se preciso de uma tomada, se preciso manter uma área sempre a 20°C, tenho que manter sempre uma umidade relativa, então para isso eu tenho todo um aparato de normas que tem que ser observadas (27.8)

Na área de pessoal ainda fazemos toda a avaliação de desempenho, todo remanejamento interno[...] (27.9)

Em cada pasta temos separado as coisas. Tem uma pasta só de avaliações, tenho um cronograma com essas avaliações, tenho um registro dessas avaliações, o encaminhamento do DEP ou tem alguma avaliação que tenho de refazer depois, eu agendo. Por exemplo, eu fiz uma reavaliação dos funcionários e eles precisam de outra daqui a 03 meses, então eu já deixo essa avaliação agendada e dali a três meses sentamos e voltamos a conversar de novo e isso eu tenho tudo registrado[...] Na realidade por sermos uma área de [...], trabalhamos com muito controle. (27.31)

Eu tenho controle de tudo aqui dentro. Tenho controle da roupa que chega, dos processos da autoclave, dos indicadores químicos, da temperatura do arsenal, das cirurgias que sobem, do material que retorna, tudo isso eu tenho anotado e registrado. (27.32)

supervisiono os funcionários, mais diretamente as enfermeiras e junto com elas a supervisão dos funcionários em todas as unidades. (28.3)

o controle é diário, supervisão é diária, existe avaliação diária [...] vê as unidades[...] (28.44)

Primeiro lugar tenho uma presença mais ou menos constante, para se ter uma consciência do que está acontecendo (29.6)

Você tem que estar presente, você tem que estar vendo o que está acontecendo para saber no que pode trabalhar[...] (29.30)

Na realidade é um grande trabalho de observação, você observa o que está acontecendo, o que pode ser feito e também criar novos espaços para inovação[...]. (29.31)

A minha seriam várias[...]desde a elaboração de cardápios, tenho que acompanhar a produção toda da refeição, a qualidade, a quantidade que está sendo feita[...] (30.4)

supervisionar o serviço das cozinheiras[...] (30.5)

colocamos a prioridade no atendimento, porque senão médico acaba querendo fazer o que quer e não as necessidades do hospital (31.20)

Aqui é feito mais o controle, porque leva o serviço funcionar é a demanda de pacientes, se os paciente estão sendo bem atendidos[...] (31.35)

[...]na prática são cumpridas todas as atribuições que fluem naturalmente, pois já sabe o que tem que fazer já sabe no que é avaliada (32.2)

**Figura 51** – Controlar (Operacional)

#### 4.2.2 – As Características dos Gerentes do HU da UFSC

Pensando em relacionar melhor as informações sobre a prática dos gestores do HU, com relação ao processo administrativo, a pesquisadora buscou agrupar também registros sobre o comportamento e as características dos gestores que de alguma forma podem influenciar na prática das funções.

Assim, as categorias temática foram agrupadas nas seguintes sub-categorias, que deram origem a esta categoria: **Estilos gerenciais dos gestores; Habilidades gerenciais.**



**Figura 52** – Categoria: 2 – As características dos gerentes do HU da UFSC

## 2.1 – Estilos gerenciais dos gestores

A presente sub-categoria foi composta para agrupar as categorias temática que dizem respeito ao tipo de comportamento assumido pelos gerentes do HU, baseado nas considerações de Chiavenato, abordados no item 2.4.2: **Democrático; Autocrático; Liberal; O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais.**



**Figura 53** – Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerenciais dos gestores

### 2.1.1 – Democrático

O estilo democrático como uma característica comportamental é percebido como o mais adequado à maioria das situações e relações para se conseguir dirigir/coordenar pessoas, segundo alguns autores citados na fundamentação teórica.



Na prática estudada durante este trabalho foi constatado que os gerentes também consideram o estilo democrático como mais apropriado às situações ou pessoas que se gerencia.

Alguns deles comentaram que seu estilo é participativo, mas como é uma das características do democrático, foi considerado também como democrático:

As grandes linhas que relaciona fator humano com fator trabalho é democrático, e autocrático, prevalece ou um ou outro, então o participativo está dentro do democrático. (9.41)

Este estilo, segundo os sujeitos é seguido porque é o modelo base da instituição, que por sinal o assumiu de uma forma mais doméstica. Porém, vale ressaltar que não é o único utilizado, pois vai depender do momento, das pessoas a gerenciar, dentre outros elementos:

A nossa administração é com certeza democrática, ela é liberal porque permite as estruturas inferiores se organizarem sem amarras, mas também tem momento autocrático e definição parte de cima, dura, tem, são poucos, mas tem, tem momentos que é obrigatório. (1.89)

Depende mais é do momento que estamos passando e da necessidade mesmo que impõe[...] procuramos mais ser democrático, mas não é sempre que acontece. (4.41)

É o participativo, que o hospital adota e que eu tive de me incluir, (5.45)

No hospital deve ter estilo democrático porque a universidade já leva a esse estilo e, por ser multidisciplinar todos devem vestir a camisa e se preocupar com o hospital. (11.24)

Daqui do hospital são todos democráticos teoricamente. (23.43)

Não é porque sou democrata que eu deva estar sendo em todos os momentos democrata. (28.47)

Acho que o democrata sabe que tem horas que ele tem que tomar decisões sozinho. (28.50)

A direção dá muita liberdade. A maneira que está sendo feita é a que o grupo mais aceita, é mais fácil de trabalhar e é um trabalho mais ameno[...] porque trabalhar com pessoas é difícil. (29.45)

Sou democrática, mas tem momentos que por ser um hospital deveria ser autocrática, precisa de um pulso firme às vezes, mas trabalho da minha maneira. (32.20)

O comportamento assumido pelos gerentes depende muito também da intensidade que eles se envolvem, pois se deixarem se influenciar pelo lado subjetivo (sentimental) vai gerenciar como um “democrático excessivo”, o que se torna prejudicial ao relacionamento, como comentou um gestor do nível tático.

Neste comportamento gerencial, como em muitos outros casos de relacionamento pessoal é muito importante a existência de um bom sistema de comunicação, um bom diálogo, como lembrou alguns entrevistados, podendo até equilibrar o lado subjetivo com o objetivo.

Apesar de ser um dos estilos mais utilizados, foi apresentado alguns fatores negativos por um gerente operacional que comentou que

Democracia é bom, mas às vezes atrapalha, porque muitas pessoas misturam as coisas. (23.56)

Tem coisas que devem ser colocadas em seus devidos lugares, democracia muitas vezes atrapalha, tem que ser democrático sim, mas o objetivo tem que ser seguido. (23.57)

### Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerenciais dos gestores</b></p> <p><b>Categoria Temática: 2.1.1 – Democrático</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>tem que buscar a participação do grupo para as decisões, porque não havendo a participação, o indivíduo não se sente envolvido, nem responsável, então é preciso esse envolvimento.(1.85)</p> <p>O ideal seria que tivéssemos sempre decisões democráticas que dependem de muitas reuniões, mas não é fácil, nós temos 96 chefias, então reunir 96 pessoas para as coisas do cotidiano é impossível.(1.88)</p> <p>Nos treinamentos de liderança que fazemos [...]e, quanto à questão democrática, e atuação no sentido de deixar as chefias até certo ponto autônomas dentro da criatividade deles e organização, nós não temos nenhum problema. Por sinal nossa administração está sendo bem aceita por esse fato.(2.40)</p> <p>Sou democrático até um pouco demais. (2.41)</p> <p>Tem momentos que somos democráticos sim, tratamos bem direitinho (4.37)</p> <p>O democrático e o participativo tem semelhanças, só que se pegar o modelo democrático como era visto antigamente, ele tenta fazer um contraponto ao autocrático, e nos perdemos um pouquinho porque confunde um pouco o democrático porque tem que ser de baixo para cima, e na verdade, o participativo não necessariamente precisa dessa coisa de baixo para cima, então ele sobe e também tem as instâncias deliberativas sim (5.43)</p> <p>a diretoria geral é participativa, mas não formalmente, sempre de uma forma doméstica. (5.48)</p> <p>Esse estilo existe mais dentro da enfermagem porque a carga de administração que os enfermeiros têm, na cadeira acadêmica é maior, enquanto as demais categorias já não tem essa carga de administração. (5.49)</p> <p>Esse estilo mais formal é mais característico na DE, nas demais áreas é mais doméstica. (5.50)</p>

**Figura 54 – Democrático (Estratégico)**

## Nível Tático

**Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC**

**Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores**

**Categoria Temática: 2.1.1 – Democrático**

### Unidades de Registro:

A direção do hospital é uma direção bem democrática[...] (6.4)

é uma linha bem parecida com a minha, é uma linha bem democrática, é uma linha de escutar, de ajudar, de procurar entender a pessoa, de[...] tratar todo mundo igual, não ter ninguém[...] diferente do outro[...], se proporciona alguma coisa para pessoa porque que não vai proporcionar para outra, então essa igualdade para as pessoas é muito importante (6.15)

Eu coloco isso para eles, gente eu sem vocês, não sou ninguém eu não sou nada, então todos nós aqui trabalhamos em conjunto, eu preciso de vocês para trabalhar, se faltou um, já quebra já sai um do quebra cabeça, então é isso que eu coloco aí eles ficam assim meio sensibilizado, então acho que é por aí, acho que amadureceram um monte sabe[...] (6.50)

Bem democrático[...] (7.49)

Aqui é o democrático. (8.49)

geralmente é mais na conversa é mais no diálogo, então o pessoal é responsável[...], eles fazem realmente a rotina até às vezes ajudando, há muita parceria nesse sentido, não existe uma dificuldade. (7.54)

Eu sou um pouco chamada, às vezes indiretamente a atenção, se não estou sendo democrática demais em algumas coisas. (8.50)

Tem coisas que vale a pena voltar atrás e tem coisas que tu sabes que a perda vai te trazer um ganho, e eu deixava às vezes o valor sentimental entrar no meio, então agora estamos começando a ser democrático, mas na tendência de tentar também fazer um pouquinho mais objetivo [...] (8.51)

nessa parte tudo é bem democrática, para não ter briga, porque existem os plantões noturnos, em outros hospitais, então fazemos um rodízio. (8.53)

Por ter a [...] como um todo, toda diretoria de [...], quando eu falo diretoria é incluindo todas as chefias, todos os trabalhadores de [...], procuramos ter uma linha participativa (9.37)

todas as mudanças que ocorrem que, são significativas, vão através de assembléia, que tenta solicitar a participação de todos (9.38)

eu acho que o estilo principal de liderança que se segue aqui é o participativo. Só que[...] depende da pessoa, do seu lado pessoal, ela vai interferir (9.39)

O meu estilo é bem participativo, democrático, mas já existiu também outros com estilos autoritários em que as pessoas chegavam mandando e batendo na mesa, e tinha gente que gostava mais. (11.21)

No estilo participativo, as pessoas usam muito essa coisa de liberal, dizendo – “não, elas estão participando porque cada uma tomam as suas decisões” – mas é uma forma totalmente equivocada[...] (13.30)

Seria uma mistura do democrático e do liberal, não que seja um liberal que ele faz o que quer e o que vier está bom[...] não, fazemos a crítica também. (14.40)

é de certa forma liberal, mas é totalmente democrático, respeitando as opiniões em que pese indiferentemente de qualquer setor, qualquer atividade que o colaborador exerça, em qualquer nível hierárquico, isso não tem problema nenhum, o que é importante é que cada peça é fundamental para formação do todo, seja ele chefe, diretor, seja ele com nível superior, com nível médio, fundamental, mas cada um está no seu lugar, cada um está na suas funções[...] (14.43)

Eu sou democrática[...] É a decisão de todos, a não ser determinadas regras que tem que ser oficial, porque você não pode depender da votação de todo mundo[...] (17.27)

**Figura 55 – Democrático (Tático)**

## Nível Operacional

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b></p> <p><b>Categoria Temática: 2.1.1 – Democrático</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>é uma gerência bem participativa, não só com a outra [...], como também com o resto do pessoal (18.9)</p> <p>Eu acho que meu estilo é democrático, nunca decidi nada sozinha, tentamos conversar com todos. (19.30)</p> <p>Eu me encaixo perfeitamente no democrático, gosto muito de discutir e isso já uma prática em casa também, decidir juntos. (21.43)</p> <p>Acho que não temos o poder de saber tudo e gosto que os funcionários participem. (21.44)</p> <p>Mas eu vejo assim, que sou democrático até certo ponto [...], cada um procura usar o seu poder em função do seu setor, pelo menos eu penso assim. (23.45)</p> <p>Eu me baseio no que acredito que seja o melhor, pelo diálogo e decisão em grupo, pois não tenho a resposta sozinha e nem quero ter (24.29)</p> <p>A coisa seria mais para democrático. (25.15)</p> <p>hoje as coisas estão mais entendidas, já foi mais trabalhada porque montamos comissões internas, comissões internas com as próprias profissionais da escola. Teve votação, uma coisa bem democrática e hoje conseguimos discutir juntas os problemas e criar normas (26.11)</p> <p>aqui tem a direção e tem a orientadora pedagógica, discutimos muito com ela colocamos a todos, se houver reação, pode colocar a idéia na sacola porque não vai em frente (26.18)</p> <p>Acho que nós somos democráticos, depois de ter formado essas comissões que o pessoal está participando, decidindo em conjunto, mas existe um limite (26.46)</p> <p>Então, muitas vezes tem que ser democrata, tem que discutir, tem que dividir as coisas com eles. (27.35)</p> <p>o papel da gerência mudou por ter de ser mais participativa, não se toma mais decisões sozinha (28.16)</p> <p>A gerência é aquela pessoa que tem que auxiliar a equipe a tomar decisões, organizar, lidar com conflitos, tentar harmonizar a equipe. Claro que tem decisões que a gerência tem que tomar sozinha, mas sempre que possível deve ser em grupo, mais participativo, com os funcionários trazendo soluções e sendo responsável também (28.17)</p> <p>O meu estilo é mais democrático. (28.46)</p> <p>Aqui o estilo é democrático, discute com as pessoas e através daquilo se leva as necessidades (31.38)</p>

**Figura 56 – Democrático (Operacional)**

### 2.1.2 – Autocrático

Ao vivenciar o estilo autocrático, percebe-se que suas características são opostas ao estilo democrático, uma vez que não dá espaço aos indivíduos para participar das decisões.

Este estilo é delicado, pois não se encaixa em qualquer tipo de ambiente, como se pôde constatar em uma das direções estratégica, que devido a categoria profissional ter mais autonomia não o permite, fato que prejudica o poder do gestor:

É triste o poder que não pode. Então é difícil tu impores. (3.39)

Porém, dependendo da urgência de certa atividade, determinar ordens acaba sendo necessário, apesar de alguns sujeitos argumentarem a existência de novos modelos de gestão que induzem à execução de tal tarefa:

Tem momentos que temos que ser autocrata, porque dividir tudo todos os minutos não funciona[...] (28.48)

às vezes tenho que tomar uma decisão sobre algo porque estou respondendo por aquilo, no final da história é seu nome que está em jogo[...] (28.49)

Acredito que sendo “autocrata” em alguns momentos não faz você deixar de ser democrata[...] (28.51)

Um dos fatores que obriga um gerente a assumir esse comportamento autoritário é o cumprimento às regras, mas só acontece quando há resistência ou desobediência de tais regras por parte dos indivíduos:

a hora que vemos que realmente não está tendo resultado tentamos impor alguma coisa, mas sempre assim em comum acordo com a direção e com as chefias, no caso do servidor (10.38)

Mas, vendo sob uma outra ótica, a pessoa que está sujeita a esta autoridade, também pode ficar mais improdutivo como salientou uma gerente operacional, pois “mandar não funciona” (10.7). Outra afirmação surgiu durante a entrevista ilustrou que o estilo autoritário pode originar do perfil da pessoa, mas que deve ser considerado as necessidades da instituição:

O meu perfil é ser mais mandona mesmo, eu não costumo ser prepotente, usar o cargo. (12.37)

Agora, aqui no hospital, funciona muito conforme a conveniência, e cada pessoa que está na gerência possui um estilo pessoal, que também deve estar se adequando as necessidades da instituição, porque se o estilo dela é autocrata, ela pode bater com a cabeça na porta ali na frente e achar que – “não, mas meu estilo é assim e pronto” – ela pode bater com a cabeça rapidinho, então ela tem que estar vendo as condições da instituição. (13.28)

## Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b></p> <p><b>Categoria Temática: 2.1.2 – Autocrático</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>tem momentos que temos que ser um pouco autoritário, tens que cobrar e exigir para coisa ser feita na hora, não dá para esperar para depois e então, temos que ser um pouco autoritário (4.38)</p> <p>Mas o autocrático para nós é considerado coisa do passado, não usamos nada mais das ferramentas do autocrático. (5.42)</p> <p>hoje em dia tem tantos modelos, tantos recursos para trabalhar, que não há necessidade de impor, então utiliza-se as ferramentas de convencimento e persuasão para poder convencer as pessoas, caso contrário, tem a decisão da maioria e todos tem que ir pela decisão da maioria. (5.51)</p>

**Figura 57 – Autocrático (Estratégico)**

## Nível Tático

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b></p> <p><b>Categoria Temática: 2.1.2 – Autocrático</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>Às vezes eu posso exigir, por ter uma regra (7.51)</p> <p>[...] são poucos os momentos que tenho que impor, ser autoritária[...] (8.52)</p> <p>Tem algumas pessoas que às vezes tem que impor, tem em qualquer tipo de gerência, não porque você tem um estilo participativo, que é a questão de tu exerceres autoridade que o cargo me cabe, mas no caso assim que, envolve a enfermagem como um todo, procuramos sempre ter a participação de todos[...] então houve essa mudança foi bem significativa, no organograma (9.10)</p> <p>Tem pessoas que são extremamente autoritárias, mesmo diante de uma proposta participativa[...] (9.40)</p> <p>Eu não gosto desse estilo autoritário porque todos somos adultos suficientes para tomar decisões e fazer escolhas, é importante mostrar os prós e os contras. (11.22)</p> <p>Se o grupo for rebelde, ser mais rígido. O grupo daqui vestiu a camisa. (11.23)</p> <p>Tem algumas situações que você tem que ser mais autoritário, mas na maioria das vezes democraticamente, na conversa mesmo. (12.36)</p> <p>Então eu conheço o que aconteceu aqui no HU. No começo era uma estrutura militar e generalista em que o todo é que era importante, existia uma coisa muito de comando militar mesmo (14.36)</p> <p>Tem momentos que é necessário impor também, mas é raro[...] tem coisas que não dá para deixar passar, porque tem um acima de mim que está me cobrando também[...] a universidade é toda de auditoria[...] (16.51)</p>

**Figura 58 – Autocrático (Tático)**

## Nível Operacional

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b></p> <p><b>Categoria Temática: 2.1.2 – Autocrático</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>Decidir mesmo coisas, só por mim, são mínimas como solicitar que fulano preencha o papel direito, o prontuário, eu sou rígida nesse sentido, que preencham os papéis que tem que preencher, porque tudo é documento e, tudo que refere ao paciente, tem que estar preenchido com rigor e costume deixar recadinhos quando não está preenchido, para que ele preencha, só vou levar o prontuário de volta, quando estiver preenchido, são coisas de organização.(19.31)</p> <p>Claro que tem determinados momentos que dizemos – “isso tem que ser feito assim porque já foi avaliado e é uma medida que está vindo de fora” – é uma exigência, então não podemos cair numa “democratite”, não leva a nada discutir algo já definido[...] (21.45).</p> <p>Muitas vezes você tem que chegar e dizer – “não, isso é para ser feito assim, vai ser feito assim, por causa disso, disso e daquilo” – autocraticamente, porque tem coisas em relação a assistência que não se pode abrir mão, porque você trabalhando numa empresa que mexe com papel e você guarda na gaveta é uma coisa, você trabalhar num hospital, em que você está lidando com a vida das pessoas é outra coisa diferente. (27.36)</p> <p>Então tem determinados momentos e determinadas situações, que nós somos autocratas realmente, porque as coisas precisam ser feitas daquela maneira para garantir uma qualidade (27.37)</p> <p>Agora aquela que toma todas as decisões sozinha não funciona, apesar da equipe querer na maioria das vezes que sejamos autocratas, tomando as decisões sozinha e sendo responsável pela decisão[...] porque aí a responsabilidade não é deles – “estou fazendo, mas não foi eu que decidi, não foi o que eu quis” – é uma forma de justificar o resultado dele[...] (28.52)</p> <p>O meu papel aqui é um ponto de referência, mas não que seja necessário tomar decisões autocráticas[...] (29.43)</p> <p>Quando é um pessoal mais “mole”, tentamos ser mais duro, tem funcionários que fazemos por escrito, manda para direção[...] e tem outros que conseguimos na conversa, nas reuniões[...] (30.49)</p> <p>mas no geral, o pessoal precisa um pouquinho mais de pulso, porque quando menos se espera eles estão querendo tomar conta[...] (30.50)</p>

**Figura 59 – Autocrático (Operacional)**

### 2.1.3 – Liberal

Alguns gerentes identificaram-se com este estilo e justificaram o uso quando as coisas não são tão importantes, ou quando as pessoas tem capacidade para a área que estão envolvidos, ou ao contrário, quando as pessoas agem como querem, não dando resultados que a chefia objetiva.

Apesar deste estilo não dar muito certo e não levar aos resultados esperados, foi sentido que alguns chefes tomam este comportamento, por não conseguirem dominar a situação, que segundo eles está difícil no serviço público.

### Nível Estratégico

<b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b> <b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b> <b>Categoria Temática: 2.1.3 – Liberal</b>
<b>Unidades de Registro:</b>
[...]algumas vezes pode ser que sejamos um pouco liberal, nas coisas que não consideramos muito importantes, talvez deixemos mais à vontade. (4.39)

**Figura 60** – Liberal (Estratégico)

### Nível Tático

<b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b> <b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b> <b>Categoria Temática: 2.1.3 – Liberal</b>
<b>Unidades de Registro:</b>
<p>É um misto, ao meu ver[...] muito estilo liberal, é mais liberal mesmo, porque você já sabe que as pessoas fazem exatamente aquilo que querem e a chefia não consegue fazer com que as coisas aconteçam. (10.31)</p> <p>Eu acho que em alguns momentos esse liberal funciona muito[...] porque no serviço público, as coisas andam muito difíceis. As pessoas estão muito cheias de direitos e poucos deveres, então vemos várias chefias adotando o estilo “deixa a coisa rolar” (13.29)</p> <p>O meu estilo é mais liberal. Cada serviço tem autonomia. Não é autocrático, em alguns setores, até já se usou isso, por não estarem operando ou fazendo algo errado, aí eu chamo atenção. (15.23)</p> <p>o estilo <i>laisse faire</i> não dá muito certo, tem que ter algumas regras e normas. (17.28)</p>

**Figura 61** – Liberal (Tático)

### Nível Operacional

<b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b> <b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b> <b>Categoria Temática: 2.1.3 – Liberal</b>
<b>Unidades de Registro:</b>
O meu estilo é mais liberal, deixo as pessoas fazerem as atividades e vejo se não está fugindo muito (18.36)



Deixar solto, já ficou bastante tempo sem chefia e virou uma bagunça. (19.29)

Passamos até as decisões para as pessoas tomarem, mas muitas vezes elas não tomam. (20.13)

Na prática os servidores tomam muitas decisões, de técnica principalmente[...] sou mais liberal. (20.16)

Agora, autonomia em excesso não funciona, liberal não funciona, principalmente aqui, que se trabalha com criança, não tem como arriscar o resultado[...] (26.49)

tem horas que temos que ser um pouco liberal também, em que as coisas não são tão graves, nem tão importantes e deixar as coisas passar e tal, o liberal é meio *laissez faire* [...] (27.38)

Por exemplo, fazemos uma escala da cozinha, etc, mas deixamos livre para eles decidirem quem vai cozinhar, não estabelecemos isso, porque todas foram contratadas como cozinheira, então todas têm que cozinhar[...] então elas têm essa liberdade [...], é ruim, porque tem momentos que começa a exploração entre elas, só uma quer cozinhar [...], aí tenho que deixar de ser liberal na reunião e exigir que ela deixe o posto dela para outra, porque[...] queremos que todas façam de tudo, porque quando eu precisar de uma troca ou faltar alguém, todas sabem fazer (30.43)

Não chego a ser liberal. O estilo democrático com o autocrático é melhor. (32.21)

**Figura 62 – Liberal (Operacional)**

#### 2.1.4 – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais

Neste tópico, a pesquisadora resolveu agrupar informações que complementassem as três categorias temática anteriores, sobre os estilos de gerência. São argumentações que na sua maioria defenderam o uso de todos os estilos gerenciais, com base na situação ou em outros elementos influenciadores do comportamento e das relações profissionais.

Porém, dentro da diversificação do estilo existe, na percepção dos entrevistados, um estilo predominante e outros secundários:

Tem vários, vários estilos de gerência aqui dentro, claro que tem uma linha geral, que procuramos seguir e cobra que essas pessoas tenham mais ou menos assim, o mesmo comportamento, mas o nível pessoal não te ensina se a postura que a pessoa toma vai ser adequada ou não, se ela vai ser coerente, se ela vai ser justa, e aquilo de um problema grande, sempre procuramos trabalhar no coletivo, levando para as pessoas. (9.31)

Além da situação, muito citada, a diferença que há entre as pessoas, chefes e subordinados, também faz agir diferente para alcançar o que se espera, pois não se pode tratar os indivíduos como se fossem todos iguais:

Se você pegar as outras chefias deste mesmo setor, mas de horários diferentes, você já vê a diferença de gerenciar, mesmo tendo as condições iguais no setor e características iguais. Isso é bem gritante aqui e é onde já chocamos, porque são várias cabeças pensando do seu próprio modo, chefia e subordinados. (22.43)

Então, levando isso em consideração na posição de chefia, a personalidade individual também vai determinar a proporção de uso de cada estilo, porém estando atento às necessidades da instituição, uma vez que “[...]os estilos individuais não dá para ser negado, mas precisam estar adequados as necessidades da instituição[...]” (13.31).

Para evitar que a personalidade de um gerente sobressaia às necessidades da instituição, uma das diretorias setoriais, padronizou o estilo gerencial do corpo, de forma que o cargo estivesse inerente ao estilo, como já foi citado.

A realidade desta diretoria é interessante no sentido de que, a pessoa que se candidata ao cargo, tem que se adaptar à estrutura e comprometer-se à dar seqüência aos projetos que, possivelmente se encontrem em andamento:

[...]a diretoria de [...]tem o seu estilo e a sua historia[...], ou a pessoa se adapta, ou não consegue sobreviver[...] (5.47)

Outra consideração feita por este sujeito definiu como é a gerência no HU com um olhar diferente ao exposto pela maioria em que,

Vê-se o lado do usuário, que tem direito de opinar[...] e o lado do profissional, que tem o direito de errar e direito de querer acertar[...] então, não existe nenhuma forma gerencial que vai se enquadrar aqui no HU, se não estiver fundamentada na humanização, ela não sobrevive e a autocracia é uma delas[...] (5.62)

Apesar desse comentário, uma outra afirmação já deixa claro o uso de todos os estilos, inclusive o autoritário, em defesa desta humanização, como se vê:

Aqui da mesma forma, não dá para trabalhar com um estilo único o tempo inteiro. Tem hora que tens que ter uma intervenção mais participativa. Tem hora que tens que dizer que aqui, nesse momento tem que ser feito assim e não há outro jeito, porque temos que garantir os direitos dos usuários, não posso deixar que eles sejam prejudicados e tem momentos que, dependendo do grupo que estamos trabalhando, podemos deixar mais solto, pois as pessoas já chegaram num ponto que conseguem tomar suas decisões adequadamente. (13.27)

## Nível Estratégico

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b></p> <p><b>Categoria Temática: 2.1.4 – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>[...] numa estrutura como a nossa há necessidade de ser obrigatoriamente democrático, parcialmente democrático, em alguns momentos tem que ser autocrático sim, mas não deve ser predominante[...] (1.84)</p> <p>Na verdade temos que trabalhar de forma mista, mas há alguns momentos em que uma pessoa necessariamente, na crise, tem que definir – “olha o caminho é esse” – com o risco de errar, mas é melhor uma decisão errada do que decisão alguma, (1.86)</p> <p>Acho que tenho uma mistura, não dá para classificar em um só. (4.36)</p> <p>É o que acontece no dia-a-dia, não temos uma política definida nesse sentido de usar um ou outro. (4.40)</p>

**Figura 63** – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais (Estratégico)

## Nível Tático

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b></p> <p><b>Categoria Temática: 2.1.4 – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>para ti conhecer a fundo tudo isso que estais me perguntando eu teria que fazer administração, porque é mais teoria e na verdade, o que eu sei, o que eu aprendi foi na prática e a minha pratica está funcionando. (6.37)</p> <p>[...] então vai depender muito de cada pessoa, se tu colocares teoria para todos eles da mesma forma não funciona (6.38)</p> <p>É teu estilo, se tu tens um estilo líder tu sentas em cadeira de qualquer lugar, porque daí tu tomas conta do negócio, do assunto, se tens interesse tu vais embora[...] (6.48)</p> <p>Tem algumas pessoas que, se não aceitarem como quero eu gerencio de outra forma. (10.33)</p> <p>existem comentários de colegas na universidade que, determinados grupos precisam ter chefes autoritários, outros precisam ter chefes liberais e outros, democráticos[...] que, de acordo com o grau de estudo, são pessoas ignorantes que não adianta dar muito arrego, não adianta dar muita liberdade porque não estão acostumados[...] é uma visão muito triste (14.46)</p> <p>O que significa cada um nós sabemos, mas nunca paramos para pensar que forma adotamos[...] (16.49)</p> <p>Aqui existe uma hierarquia que deve ser obedecida, eu não posso ser desrespeitada, não posso, como chefe de divisão, ser mandada por aquele lugar, não posso admitir esse tipo de coisa, porque é uma relação profissional e, como profissional, temos regras e uma hierarquia a seguir[...] porque senão, as pessoas vão começar a trabalhar aqui dentro como fazem nas suas relações de casa. (16.53)</p> <p>Isso é um conjunto, nada pode ser um estanque, não pode estar tudo dentro de uma caixinha[...] porque as pessoas são diferentes umas das outras, então não posso fazer tudo igualzinho como se as pessoas fossem iguais (17.29)</p>

**Figura 64** – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais (Tático)

## Nível Operacional

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.1 – Estilos gerencias dos gestores</b></p> <p><b>Categoria Temática: 2.1.4 – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>Baseado no processo. (20.17)</p> <p>Agimos muito conforme o conhecimento, com a experiência, com a intenção[...] (21.50)</p> <p>Dependendo da personalidade de cada enfermeiro varia a proporção. (22.29)</p> <p>Tem enfermeiro que é mais solto, tem mais habilidade para administrar tudo isso, outros estão ainda caminhando, são mais lentos, são diferentes até na maneira de executar. Uns são mais na ditadura mesmo, outros já decidem mais em conjunto[...] (22.30)</p> <p>Eu estou na balança. Tem hora que sou liberal, mas tem hora que temos que puxar a “rédea” e determinar [...] (22.32)</p> <p>Baseado na situação. Dependendo da situação, você pesa na balança (22.42)</p> <p>É de acordo com as pessoas (25.16)</p> <p>É baseado na participação de todos, porque se eles não participam não funciona, pois temos experiências aqui terríveis. (26.51)</p> <p>acho que não existe democracia o tempo todo e para todo mundo, num grupo sabemos que tem pessoas que podemos abrir um pouco a torneira, para outras temos que fechar um pouco (26.47).</p> <p>Eu conheço todos os três e acredito que para desenvolvermos uma liderança, temos que usar um pouco de cada um, em cada momento (27.34)</p> <p>é eu tenho um pouquinho de democracia e tenho um pouquinho de autocracia, liberalismo não [...], ouço as pessoas[...] agora, eu não posso deixar da prática. (29.44)</p> <p>Um pouquinho de cada, depende da situação, tem essa coisa de trazer o funcionário para trabalhar conosco, mas tem momentos que não dá. (30.42)</p> <p>Baseado na situação e na personalidade de cada um. (30.48)</p> <p>Baseado num conjunto, porque depende da necessidade do hospital[...] (31.40)</p> <p>Na estrutura do hospital. Aqui a equipe vai de acordo com o estilo da enfermeira. Tem diferença de uma para outra, a noite por exemplo, as enfermeiras tem um jeito de pensar diferente das enfermeiras do dia. (32.22)</p>

**Figura 65** – O que os gestores do HU pensam sobre os estilos gerenciais (Operacional)

## 2.2 – Habilidades gerenciais

Ao pesquisar sobre as funções gerenciais, considerações sobre as habilidades gerenciais também foram expostas. Neste cenário, a presente sub-categoria teve a oportunidade de agrupar as seguintes **categorias temática: Habilidade conceitual; Habilidade humana; Habilidade técnica.**



**Figura 66** – Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais

### **2.2.1 – Habilidade conceitual**

As argumentações sobre a habilidade conceitual dentro do HU foram extraídas apenas dos níveis tático e operacional, devido ao nível estratégico não contemplar esta categoria temática durante as entrevistas.

No entendimento dos gerentes, a habilidade conceitual está relacionada ao conhecimento teórico de sua área, ou seja, do conhecimento de como funciona a atividade para que se possa cobrar de seus funcionários:

[...]você tem que conhecer para cobrar, eu não sei tudo, mas 90% das coisas de como é feito sei e posso cobrar[...] (23.63)

Neste sentido, foi citado a existência de treinamentos específicos em alguns órgãos, para a qualificação dos indivíduos e o estímulo, por parte de alguns gerentes, na busca

de informações sobre uma determinada situação, que estão ligadas principalmente à assistência direta:

Por exemplo, se tem um paciente com uma doença, eu digo para o residente ou aluno – “amanhã de manhã eu quero saber todos os artigos, publicações atuais que falem da doença” – é uma informação instantânea, é uma forma de globalização, temos informação instantânea e usamos muito isso (25.18)

Dentro deste contexto também, foi identificado a resistência de alguns gerentes em buscar conhecimentos administrativos para o “melhor gerenciar”, o que deixa claro a falta de interesse pelas atividades da posição que ocupa.

Já em outro departamento acontece o oposto a este caso anterior, pois o gestor considera sua habilidade conceitual e busca melhorias, tendo em vista as necessidades do setor:

Procuramos fazer uma coisa integrada. Primeiro a formação dos profissionais internos, com cursos fora, especializações fora, temos que ver as necessidades dos serviços, então isso pode ser feito aqui dentro, trazendo profissionais de fora[...] (31.33)

### Nível Tático

<p><b>Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC</b></p> <p><b>Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais</b></p> <p><b>Categoria temática: 2.2.1 – Habilidade Conceitual</b></p>
<p><b>Unidades de Registro:</b></p>
<p>a maioria te diz isso[...] “ganho muito pouco, mas estou dentro de uma instituição universitária que me faz estar sempre atualizado” (8.26)</p> <p>Bom, eu tenho experiência não pelo curso que eu tenha feito, na verdade eles deram uma formação rápida de algumas semanas de reciclagem e de informação e gerenciamento, aqui e no Hospital Infantil (11.3)</p> <p>Eu fiz medicina, fiz residência, fiz mestrado, mas em nenhum momento houve um curso na área administrativa, tu acabas aprendendo por tua conta mesmo, na prática. (12.22)</p> <p>A conceitual, dá o conhecimento técnico, através dos treinamentos e a prática se dá com o que fazem no dia-a-dia. (14.54)</p>

**Figura 67** – Habilidade conceitual (Tático)

## Nível Operacional

### **Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC**

#### **Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais**

##### **Categoria temática: 2.2.1 – Habilidade Conceitual**

#### **Unidades de Registro:**

tem a leitura do mês, como obrigatória para todos, casos de pacientes que precisam ser discutidos, temos reuniões mensais de caso clínico de paciente e reunião administrativa também[...] (19.22)

A equipe tem que estar sempre se qualificando, tem que continuar estudando para acompanhar os recursos. Toda semana é passado um texto atual do assunto para discutir em grupo. (19.38)

A habilidade conceitual também tenho, o que o pessoal trás de fora de novidade, já tento defender junto com eles. (21.61)

Falta muito em termos de preparar a chefia em atividade gerencial[...] (21.51)

Explico muito bem o que o outro tem a fazer, porque se ela souber bem o que deve fazer na tarefa, ela vai desempenhar com maior boa vontade e vai sair melhor, então eu dou a explicação, da explicação, da explicação. (21.62)

Fiz quatro, cinco cursos em Porto Alegre sozinho, na vontade de trazer conhecimentos, motivante. (23.12)

Antes buscava-se o culpado, agora dividem-se as coisas. Antes a enfermagem era muito ditadora das coisas, mas hoje ela já não é não[...] eu tenho argumentações, porque vamos estudando e vai aprendendo, então debato com eles no “tete a tete”, eles tem curso superior, mas eu também tenho, eles estudaram para uma coisa e eu para outra. (23.47)

Quanto ao aspecto de conhecer de como é feito, eu fui atrás de cursos, para tentar aprender o que é lavanderia, como é feito, o que é feito, para poder cobrar direito também[...] (23.62)

Na verdade não sou formada em administração, tive apenas uma cadeira, conheço alguma coisa de cursos que tive. (24.23)

Duas coisas, primeiro, o hospital por ser um hospital universitário, por ser um hospital escola acabou se tornando um hospital de referência, então tem pessoas do estado inteiro que liga aqui [...] para pegar referência do que utilizamos, como fazemos e tal. (27.41)

Ao mesmo tempo que ficamos bem contente porque se as pessoas nos procuram é porque acreditam, por outro lado gera uma responsabilidade muito grande, porque cada vez mais você tem que estar estudando para conseguir trabalhar no que existe de mais atualizado e garantia total (27.42)

Costumamos [...] participar em todos os cursos e eventos de nossa área,[...] atualizamos-nos e trazemos para o setor, implantamos aqui dentro do HU[...] implantamos coisas que vemos que são importantes e viáveis,[...] não exigimos materiais de última tecnologia, coisas de ponta,[...] tentamos associar aquilo que aprendemos que é bom e importante[...] (27.43)

Essas rotinas que estamos escrevendo agora[...], temos que colocar o conceito do que é e para que você está fazendo aquilo e como é feito aquilo, como eles vão fazer o serviço técnico deles, então eles tem as pastas que orientam eles em relação ao que contém cada pacote, cada caixa. (27.45)

De vez em quando a instituição oferece cursos de gerenciamento[...] somos liberados para participar[...] (28.32)

A instituição oferece vários cursos de atualização e outros buscamos individualmente, dependendo do interesse de cada um[...] (28.33)

A habilidade conceitual, não tem muita dificuldade, eles sempre buscam novos conhecimentos, estão tentando sempre ter novas informações, aqui nós temos pessoas com nível médio, mas também que fizeram especialização, faculdade. (28.59)

Aqui no HU temos profissionais bons, mas isso não impede eles de fazerem cursos para melhorar o desempenho deles e isso às vezes gera um pouco de problema porque no momento que eles saem para fazer isso, prejudica e sobrecarrega o outro[...] (31.45)

A habilidade conceitual fica mais para os enfermeiros, através dos cursos[...] (32.30)

**Figura 68 – Habilidade conceitual (Operacional)**

### 2.2.2 – Habilidade humana

A habilidade humana é a que está presente em todos os níveis hierárquicos e de relacionamento, sendo muito valorizada no HU, por seu aspecto de humanização.

Ao abordar esta habilidade humana na entrevista, os sujeitos consideraram a boa comunicação, o saber ouvir, a relação política com o ambiente, o bom senso, a relação profissional e amigável, a integração, a ética, a confraternização, a troca de informações, o respeito à individualidade, o tempo de convivência, a partilha, a confiança, a liberdade, o diálogo, as reuniões, dentre outros, como essenciais à uma habilidade humana de qualidade.

Pelo que se pôde perceber, esta habilidade também está muito ligada à personalidade das pessoas que pode ter maior ou menor afinidade para exercê-la.

Além de ser a principal habilidade, ela também é a mais delicada, pois o relacionamento humano, em muitas situações, torna-se complicado por existir pensamentos e valores diferenciados em um grupo social:

cada pessoa tem um jeito de ser e procuramos entender, tudo na base da conversa (10.37)

como seres humanos observados da nossa estrutura psicológica, cultural, política, social, etc, em alguns momentos é possível que não tratemos todos iguais, às vezes pode ocorrer isso, temos que ter um termômetro para observarmos essa questão, então, são nas reuniões, uma das terapias em que podemos observar[...] (14.29)

Neste sentido, o gerente tem necessidade de desenvolver esta habilidade, com base nos elementos essenciais ao relacionamento, para saber como agir e conseguir resultados de cada pessoa:

Você tem que ser um pouco psicóloga também porque são pessoas diferentes, com características e personalidades diferentes, mas dentro do que temos, tentamos trabalhar num ponto em que todos consigam trabalhar. (24.26)

O que é mais importante é o relacionamento[...], o mais importante então é saber trabalhar os conflitos, saber trabalhar as diferenças, saber trabalhar essas questões para se ter um bom resultado. Eu acho que o resultado é consequência disso. (26.52)



Para lidar com tais situações, foi percebido que a comunicação é a base primordial. Porém, nesta comunicação, faz-se necessário ter um certo equilíbrio para que leve ao relacionamento profissional e não doméstico, como existe em alguns setores do HU, qualidade que pode atrapalhar o desempenho, gerando conflitos entre os envolvidos:

Claro que nós somos um serviço público sucateado, com baixo salário, com tudo isso, mas, além disso, eu acho que se as relações interpessoais fossem bem estabelecidas e fossem embasadas mais no nível profissional, não teríamos tanta dificuldade, o que acontece na enfermagem. (9.35)

Quando o relacionamento humano é excessivo, tomar decisões racionais fica complicado para o gerente. Em contrapartida, o pouco relacionamento gera um distanciamento entre chefes e subordinados, que influencia no clima organizacional:

Defendo muito o meu pessoal e às vezes tenho dificuldades de dizer não, quando pedem uma coisa que é coletiva e não bate com o que vem de lá para mim, vou lá reivindicar[...]. A dificuldade que tenho é pelo tempo de convivência, fica difícil como dizer não para o filho, mas eu tenho procurado ser bastante firme, eles me respeitam. (21.60)

tenho muito pouco relacionamento com eles, para depois poder me impor, porque muito contato depois me restringe, vou estar passando por cima de algumas coisas que deveria fazer, a cobrança já é diferente, então procuro me afastar ao máximo dos servidores, manter uma distância (23.54)

## Nível Estratégico

**Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC**

**Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais**

**Categoria temática: 2.2.2 – Habilidade Humana**

### Unidades de Registro:

Divisão Auxiliar de Pessoal tem contribuído muito, buscando curso de aprimoramento, de relacionamento humano, relações humanas, relações interpessoais, administração de conflitos, está dentro das áreas do hospital oferecendo à maioria dos servidores, fazendo treinamentos específicos para aquelas áreas de conflito, para áreas de recepção, áreas de manutenção que é muito conflitante por ser grande, área de assistência ao público, seja na emergência, seja no ambulatório, no laboratório e são feitos vários cursos ao longo do ano. (1.63)

existe um trabalho grande, não só da direção, mas de um conjunto diretivo e, a Divisão Auxiliar de Pessoal tem um trabalho fantástico nesse caminho, tem oficinas de treinamento[...] para que as pessoas tenham oportunidade de se integrarem, se conhecerem.(1.66)

nós temos 1500 trabalhadores aproximadamente, é muita gente, tem gente que não se conhece. Quando as pessoas se conhecem o processo fica mais fácil.(1.67)

Eu acho que eu tenho uma habilidade acima da média do nosso grupo em política, de comunicação, não tenho nenhum problema de comunicação com a imprensa, tenho facilidade de relação política com o meio legislativo, e também estou desde 1984 com esse tipo de função, então se adquire essa habilidade (1.116)

Eu não tenho dificuldade de chegar para o diretor de [...] e colocar para ele o problema que eu estou tendo, que tem uma relação com a diretoria dele ou vice-versa. (2.23)

Nós temos um relacionamento muito bom. Na verdade nossas reuniões de direção são reuniões muito boas, nós fazemos uma reunião semanal geral e nós temos acesso à direção geral, quando nós necessitamos. (2.24)

essa relação além de ser uma relação profissional ela é uma relação de amizade (2.25)

todos temos um sentimento muito forte de que nós estamos trabalhando dentro de uma instituição diferenciada, ela tem que ser humanitária, tem que ser humanizada e assim por diante. Então não temos atrito nenhum. (2.26)

A habilidade humana é meio de índole. Eu além de ser uma pessoa democrática, tenho uma grande parcela de humanismo[...] Essa habilidade eu acho que eu tenho, porque senão não estaria trabalhando há tanto tempo aqui. (2.51)

A principal coisa que temos que trabalhar é o bom senso (3.15)

E saber como gerenciar o relacionamento humano para conseguir o melhor resultado.(3.16)

na verdade temos que ter bom senso, temos que ajudar, temos que pedir para um, ou para o outro e não mandar. (3.48)

em segundo lugar está a humana, o relacionamento torna bem mais fácil a resolução das dificuldades e problemas, tendo uma melhor produtividade[...] (4.46)

com o pessoal que não tem cargo de gerência,[...]se avalia o fazer, as relações entre as pessoas, faz-se trabalhos para melhorar o relacionamento interpessoal e também para melhorar o relacionamento entre a clientela, esse é o tipo de trabalho que nós temos,(5.28)

[...]quando o problema na habilidade humana envolve questões éticas, passamos pelo Comitê de Ética de [...], que faz treinamento de formação de conduta, especificamente para [...]e conduta dentro dos princípios da [...], código de ética[...] então esse treinamento é feito para pessoas que tem interesse e para pessoas que precisam de um treinamento[...] (5.58)

**Figura 69 – Habilidade humana (Estratégico)**

## Nível Tático

**Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC**

**Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais**

**Categoria temática: 2.2.2 – Habilidade Humana**

### Unidades de Registro:

Para você fazer um treinamento tem falta de recurso[...] então em geral procuro trabalhar, mais a habilidade pessoal mesmo, saber as pessoas que tem mais disposição a aprender. (10.42)

Estamos sempre conversando e se reunindo em grupo e tenta trabalhar, isso é que importa, mas não é descartado os outros fatores. (10.43)

Juntando os três o que mais é trabalhado é a habilidade pessoal. (10.44)

não temos curso nenhum, para ver, nem relacionamento humano. Não existe um departamento que cuide disso aí. (12.48)

primeiro temos que ter em mente que estamos lidando com seres humanos e não máquinas, como a velha economia tratava a importância maior sendo máquina e o homem o meio, para se chegar ao fim que é o lucro. (14.27)

temos acompanhado a evolução, o homem não é mais visto como máquina e passa ter um papel importantíssimo. (14.28)

aqui eu sou um diretor que tem um papel a cumprir, então eu tenho que olhar que estou sendo colocado aqui por confiança da administração e eu tenho que exercer um cargo, não como a pessoa[...] mas sim como administrador, tentando buscar minimizar essas questões. (14.30)

uma das regras para mim trabalhar é que ninguém é dono da verdade, então eu tenho que estar suscetível a opiniões, críticas, sugestões para mudar em benefício do todo. (14.35)

[...] conhecimento pessoal, tem a ver um pouco com a formação, com a educação, com a cultura, com a personalidade, alguns estilos que cada um de nós tem. (14.44)

outro fator é equilibrar as relações, porque querendo ou não toda chefia é mau vista por seus subordinados, é evidente em qualquer lugar[...] (16.11)

Eu acho que nós temos que parar de lidar com a chefia como se fosse a nossa casa[...], porque por mais que eu olho o lado do funcionário, eu não posso ter as relações de trabalho igual a relação que tenho com meus filhos e marido, são

situações diferentes. (16.52)

Eu vou sempre nas clínicas que trabalho, estou sempre envolvida, eu converso com educação com eles, estou sempre muito lá[...] (16.64)

trabalhar com o ser humano é muito complexo[...] (16.65)

As diferenças da personalidade varia muito pouco no decorrer dos anos da pessoa e tem um custo imenso para quem faz essa mudança[...] damos pequenos passinhos e para quem está mudando o esforço é imenso, mas quem está de fora acha que praticamente não mudou[...] e cada um só muda se quiser. (16.68)

A habilidade humana é difícil de trabalhar devido a comunicação que sempre é um problema na vida e agora também[...] (17.34)

Fizemos vários cursos de relações interpessoais, com o programa Vivendo e Trabalhando Melhor (17.35)

**Figura 70 – Habilidade humana (Tático)**

## Nível Operacional

**Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC**

**Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais**

**Categoria temática: 2.2.2 – Habilidade Humana**

### Unidades de Registro:

Eu acho que tenho um bom relacionamento com todos os serviços, é claro que tem dias que não estamos legal. (18.22)

Com todos os setores que precisamos de algum serviço temos um bom relacionamento, com todas as chefias somos bem recebidos para discutir algo dos trabalhos. (18.24)

Esclarecemos tudo para não ficar conversas em corredores e nem explodir lá na frente o problema, para não ficar chato depois[...] (18.26)

E o meu jeito de ser é de conversar bastante com o pessoal, de não me impor, é claro que tem algumas situações que te obriga, mas em via de regra busco a integração e eu não sou ninguém a mais do que eles. (18.50)

Eu não gosto de chamar atenção das pessoas, primeiro eu penso assim que eu sou adulta entrei aqui e sei o que tenho que fazer e, cada um sabe o que tem que fazer e, não temos que estar chamando, mas quando trabalhamos com mais pessoas, essa situação acaba sendo necessária[...] (18.52)

mas aqui no meu setor, eu vejo todos sempre, e fica mais fácil, porque tratar com pessoas e, diferente uma da outra, é muito difícil (18.53)

se você está trabalhando num hospital, já sabe que seu alvo é o ser humano, é uma pessoa estranha, mas também poderia ter um parente seu aqui um dia, e aí vemos quantas pessoas tratam mal[...] (18.54)

Com relação ao relacionamento é médio, tem sempre uns que são mais difíceis, mas é assim com todos, amigos de trabalho e chefes. (19.39)

A comunicação é básica e fundamental. (21.25)

Tem certas coisas que chegam prontas e tem que ser dessa forma, não tem opção, mas acredito que tenho essa habilidade humana, estou desenvolvendo e aprendendo a cada dia nessa função. (21.57)

dentro do possível, a minha prática é ter muito respeito até na hora de chamar a atenção, porque erro também é humano. (21.59)

Trabalhamos a parte social com eles, estamos sempre estimulando, liberando eles para fazer cursos, temos programas de relaxamento e a medida que dá incentivamos eles a participarem para humanizar mais a assistência. (22.6)

o que não precisa de dinheiro que é mais conversa, tem um bom relacionamento, não é difícil. (22.27)

Ouvir um funcionário que não está bem, está a ponto de estourar, liberamos, depois trabalha para compensar, então somos maleáveis nesse sentido, procura-se pelo menos tentar fazer um trabalho mais humano. (22.48)

O relacionamento humano é um pouco distante, para ter como cobrar serviço depois (23.61)

Quero trabalhar junto com as pessoas. Algumas vezes, temos que levar em conta a personalidade das pessoas e tentar

conversar para que a pessoa veja o outro lado[...] (24.30)

A habilidade humana é trabalhada em maior proporção, depois viria a conceitual e a técnica. (24.33)

A habilidade humana, com a minha equipe é bem trabalhada pelo motivo de serem alunos meus, foram formados por mim, nos damos bem e eles trabalham muito bem, então tem essa vantagem. (25.21)

a discussão é um processo que leva o cara a pensar igual, mas na verdade tu não dizes para ele o que tu queres fazer (risos)[...] (26.21)

como eles se conversam ao telefone várias vezes no dia para pedir material, etc, às vezes certos atritos acontecem porque não era aquele material[...] trabalhamos bastante essa questão humana e melhorou bastante, essa questão de relacionamento entre os setores e até entre eles. (27.12)

Na habilidade humana, o pessoal é muito bom de trabalhar, conversamos, discutimos as coisas, eles têm bastante sugestões, estão sempre participando das decisões[...] conversamos e trocamos idéia para juntos tirarmos a melhor decisão. (27.47)

Em termos de trabalho são bem responsáveis e bem interessados, incutimos bastante essa coisa de responsabilidade neles, de que o que eles estão preparando será usado em uma pessoa, numa cirurgia e eles tem isso bem claro. (27.48)

Sempre tenho solicitado aos turnos que se encontrem, porque sempre estou durante o dia e isso faz perder muito o relacionamento com as pessoas da noite[...] busco ouvir a opinião de cada um a respeito de uma decisão (28.18)

deixamos recados no quadro, mandamos recados ou eu mesmo vou conversar com o turno[...] (28.20)

Cria às vezes problema, por esquecerem a questão profissional, por exemplo, se um vem pedir uma folga, ele acha que eu tenho a obrigação de dar folga[...], mas não é assim. (28.61)

Eu trabalho mais com a habilidade humana. (28.62)

A enfermagem fica muito despreparada para trabalhar com a gerência de uma unidade[...] (28.63)

a maior dificuldade é gerenciar uma equipe, é complicado o relacionamento humano[...], a equipe tem os seus problemas do seu dia-a-dia[...] só aprendemos depois de apanharmos muito. (28.64)

Essa questão humana, às vezes tem mais coisa para trabalhar aqui dentro, acho que é a mais forte, por mais que você tenha um funcionário bem treinado, que saiba usar uma faca como ninguém, se não consegue um bom relacionamento, que é difícil em alguns momentos aqui, não dá em nada. (30.60)

Nosso principal problema aqui é o gerenciamento de pessoal, porque metade do tempo do chefe desse serviço passa refazendo escala, tem muito atestado, tem uns que nem sei se vem, outros não fazem todo o serviço[...] (30.63)

na medida do possível procuramos ter um bom relacionamento porque o nível desses funcionários são bons (31.46)

Trabalho mais com a habilidade humana[...] porque dentro da chefia, a minha função não é dar habilidade técnica para eles e sim, condições para que ele faça isso (31.47)

É feita uma reciclagem, passa por curso, trabalho de relacionamento humano, terapias de grupo, treinamentos. Todo mês tem um tema para se fazer treinamento. (32.8)

Converso bastante, se tem algum problema eu chamo e dialogo, se não, vou à chefia, tento ser amiga, com bom vínculo, para ter um ambiente mais harmonioso, principalmente por trabalhar com gente. (32.28)

**Figura 71** – Habilidade humana (Operacional)

### 2.2.3 – Habilidade técnica

A existência da habilidade técnica para um gerente varia de acordo com o nível hierárquico teoricamente, sendo de maior frequência para gerentes com maior contato com operacional.

Porém, dentro do HU, tal habilidade se apresentou com variações nos diferentes níveis, como se pode confirmar nas figuras 73 a 74. Sua prática, em alguns casos, ocorreu apenas no dia-a-dia dos gerentes e funcionários, apresentando-se poucos treinamentos para a qualificação técnica:

Aos poucos vamos ficando mais aptos para resolver as coisas, o aprendizado vem da própria função (29.4)

A abrangência da habilidade técnica, na maioria dos órgãos, se limita as especialidades do setor em questão, apesar de existir alguns com conhecimentos de outras áreas, possibilitando uma certa integração.

Em outros setores, os gerentes demonstraram flexibilidade em trabalhar esta habilidade técnica, juntamente com seus colaboradores e, em outras ocasiões percebeu-se que a habilidade técnica é importante para que o gerente possa ter condições de controlar o bom funcionamento das atividades:

Para você cobrar tem que primeiro conhecer, então a técnica é fundamental, (4.45)

Mas, pelo visto nas entrevistas, não basta apenas ter domínio técnico para controlar os resultados, é necessário estimular a responsabilidade nos indivíduos e a qualificação para ele possa fazer a tarefa que lhe cabe, ao invés de ficar nas mãos do gerente como foi detectado em um serviço:

tenho um domínio técnico, mas muita dificuldade em passar as tarefas, pois muitas vezes não é feita como quero ou no tempo certo e acabo assumindo, pois as coisas são muito dinâmicas, não se pode esperar muito tempo[...] (21.64)

## Nível Estratégico

**Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC**

**Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais**

**Categoria temática: 2.2.3 – Habilidade Técnica**

**Unidades de Registro:**

Dentro da divisão de auxiliar de pessoal, nós temos uma seção, que é a seção de capacitação técnica, então essa seção está voltada diretamente para isso aí, parte de treinamento, de eventos, partes de outros cursos, não só os relacionados com a atividade deles, mas também de lazer e outros. (4.23)

Depois tem a capacitação mais dirigida a parte técnica e ao conhecimento da pessoa que é feito também pela UFSC (4.25)

a mais importante das três para mim é a técnica, porque você tem que primeiro ter o conhecimento de tudo, como técnica também. (4.44)

uma atividade depende da outra porque para você ter a técnica, tem que ter um bom conhecimento teórico. (4.47)

**Figura 72– Habilidade técnica (Estratégico)**

### Nível Tático

**Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC**

**Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais**

**Categoria temática: 2.2.3 – Habilidade Técnica**

#### Unidades de Registro:

[...]não tem como gerenciar, se tu não entenderes um pouco da técnica de cada um, de cada serviço não tem como cobrar, mas eu entendo, eu coloco na minha gerência os três. (6.44)

Não sei da totalidade, algumas coisas temos que pedir ajuda, porque eles que estão sempre participando, então, na verdade, existem tarefas, eu sei que existe, mas se tiver que esmiuçar para calcular, no caso, eu teria que pedir ajuda deles porque eu não acompanho esse detalhe (7.67),

Acho que são coisas que acontecem juntas, eu só posso cobrar de alguém se eu tenho conhecimento,[...]claro que tu não vais ter a destreza de quem está atuando direto. (9.50)

É o conhecimento técnico ainda da minha área que é médica, não é coisa de fora, trazer alguém de fora habilitado ou trazer uma pessoa de recursos humanos que trabalhe[...] para nós nunca foi investido nada, porque ninguém vem dar curso de graça[...] A sorte é que trabalhamos integrado. (12.50)

Podemos trabalhar a competência técnica, podemos trabalhar um monte de coisa, mas o caráter não (16.66)

A habilidade conceitual e técnica é muito bem trabalhada nos treinamentos que podem ser individuais ou em grupo, dependendo da quantidade de pessoas que necessitam de treinamento. (16.69)

Fazemos cursos por equipe para habilidade técnica e conceitual[...] (17.36)

**Figura 73– Habilidade técnica (Tático)**

### Nível Operacional

**Categoria: 2 – CARACTERÍSTICAS DOS GESTORES DO HU/UFSC**

**Sub-Categoria: 2.2 – Habilidades gerenciais**

**Categoria temática: 2.2.3 – Habilidade Técnica**

#### Unidades de Registro:

Os enfermeiros que começam tem treinamento introdutório tem as atividades que compete a cada um. (18.29)

É muito difícil ter todas as habilidades técnicas. Somos em mais ou menos 10 setores [...], e nos especializamos em uma ou duas. (20.20)

Mas eu consigo sentar com eles e discutir as coisas no sentido de tentar gerenciar e fazer um planejamento, mas não de decidir, é uma situação diferente que obrigatoriamente tenho que me relacionar, porque jamais terei todo o conhecimento e “não quero” ter o conhecimento, senão não dá. (20.21)

Eu já tenho conhecimento na minha área. (20.22)

Em termos de treinamento de pessoal trabalho com uma constante no caso técnico, vamos treinando à medida que entra pessoas novas, ou quando há uma mudança aqui dentro[...] (21.34)

A habilidade técnica, o gerente tem que saber de tudo um pouco, além de propor novas rotinas, de planejar[...] eu sou uma gerente muito “tarefeira”, eu vou com “a mão na massa”, é um erro, porque a pessoa que deveria estar ali fazendo não está (21.63)

se posso resolver a pendência do outro, que não está no momento solicitado, eu faço e se não sei, ligo para casa do colega e vejo como pode ser resolvido, pois o assunto não pode ficar dependendo de uma pessoa que não está no momento se é um assunto importante[...] (21.65)

É trabalhada mais a habilidade técnica com os [...]por ter uma relação nas atividades e com o meu grupo, trabalho mais o ensino técnico, trabalhando conceito e prática em conjunto. (25.20)

Tem a área de organização de serviço, todo dia de manhã eu chego e tenho que olhar todas as cirurgias, porque a parte técnica é uma coisa que me toma muito tempo, porque sou a única aqui, então trabalho muito na parte técnica de andamento de serviço de todas as coisas (27.7)

80% do meu trabalho é em cima da área técnica, todas as rotinas que tem aqui dentro somos nós que fazemos, todas as pastas com o que contém cada pacote, cada caixa, cada coisa que é usada[...], o meu trabalho é uma parte administrativa de gerenciamento técnico e, a área de gerenciamento geral, é mais a nível de funcionário (27.10)

trabalhamos a questão técnica também, com cursos técnicos, tanto para eles quanto para nós e, na habilidade da área gerencial só nós participamos, eles não. (27.13)

As coisas técnicas, nós temos total autonomia, mas na realidade não utilizamos nada disso com a divisão[...] (27.19)

A habilidade técnica da equipe é boa, não é 100% mas é bem boa. Temos que sempre melhorar é essa habilidade técnica. (28.58)

o que você tenta se apegar é no seguinte: é quem vai fazer o que? Quem gosta de fazer aquilo[...], pela capacidade científica e técnica de cada um, e isso é repassado para o restante do grupo[...] (29.47)

Fazemos cursos, quando aparece, cada um em sua área[...] (30.29)

O treinamento prático deles mesmo é uma vez por ano[...] não é suficiente, temos problema técnico mesmo, que é aquela coisa que deveríamos ter mais pulso[...] (30.61)

Sei tudo da técnica e oriento, faço junto e ensino, peço ajuda em alguma técnica que precisa ser feita por duas pessoas, mas tem coisas que somente eu posso fazer e eles apenas me auxiliam. (32.29)

**Figura 74— Habilidade técnica (Operacional)**

## 5 UMA ANÁLISE REFLEXIVA DOS DADOS

O foco principal desta dissertação e deste capítulo está em **analisar as funções gerenciais nos níveis estratégico, tático e operacional no HU da UFSC**, sob o olhar dos gerentes entrevistados.

Neste sentido, a descrição dos dados reuniu diversos registros que trataram das funções gerenciais sob diferentes aspectos, com base nos objetivos específicos e que serão relacionados com o embasamento teórico.

No caso do primeiro objetivo, que foi interpretar as funções gerenciais contidas no Regimento Interno, a pesquisadora teve a oportunidade de criar agrupamentos de relatos referentes ao **conhecimento teórico das funções dos gestores, inscritas no Regimento Interno**, bem como a **composição**, a **coerência**, a **abrangência**, a **delimitação** e a **aderência** do Regimento Interno e suas funções.

O segundo objetivo, identificar as funções gerenciais realizadas no HU da UFSC, serviu de inspiração para agrupamentos relacionados à própria prática dos gestores, com base nas funções fundamentais **planejar, organizar, dirigir/comandar, coordenar, controlar**. Porém, antes de tais funções foi considerado alguns fragmentos das entrevistas sobre **o conhecimento teórico do que eles praticam e opiniões** à respeito das funções gerenciais.

Além destas categorias alicerçadas nos objetivos do trabalho, outras indiretamente relacionadas à prática das funções gerenciais, foram consideradas e descritas para o enriquecimento da análise, de modo a atender o terceiro e último objetivo, que foi comparar e apresentar uma reflexão crítica das funções gerenciais encontradas no hospital.



São elas: estilos gerenciais **democrático, autocrático, liberal, o que os gestores pensam sobre os estilos** e, **habilidades conceitual, humana e técnica**, que serão abordadas no decorrer desta reflexão.

Iniciando a análise com base na descrição do Regimento Interno e nas categorias, pode-se dizer que as funções de cada órgão, foram apresentadas de forma generalizada, porém específicas de cada nível hierárquico e de cada área.

Tais funções são complementadas teoricamente pelos manuais de atribuições de cada setor, como foram destacadas nas categorias temáticas sobre o Regimento Interno do Hospital Universitário da UFSC, no decorrer do item 4.2.1. E, dentre os órgãos, apenas as Diretorias Setoriais, as Divisões e os Serviços apresentam as funções fundamentais inscritas no Regimento Interno.

No entanto, resgatando este primeiro enfoque da pesquisadora, que diz respeito às funções gerenciais do Regimento Interno, considerada como primeira sub-categoria, que levou à formação da categoria: **funções gerenciais na percepção dos dirigentes do HU da UFSC**, foi possível perceber, através dos gestores uma certa superficialidade.

Dentre os motivos, a característica do hospital e das atividades do cotidiano voltada ao atendimento de emergências, e os recursos escassos, foram os principais responsáveis pela pouca consideração dada a este documento normativo, como se confirmam os relatos:

[...] e se acontecer o problema, em caráter de urgência, resolver de alguma forma, o hospital não permite esperar, um dia, dois dias, três dias (1.25).

É difícil executarmos esse tipo de administração, a não ser no sentido das necessidades, atender as necessidades (2.10).

mas como nós estamos dentro de uma casa de saúde, uma casa em que é necessário você resolver as questões, então às vezes até extrapolemos um pouco, mas é um extrapolar por necessidade institucional (2.14).

Percebe-se também que alguns gerentes nunca tiveram contato com o Regimento Interno, desconhecendo suas funções normativas. Isso leva a crer que o

**conhecimento sobre as funções** de sua gestão origina da prática diária, correndo o risco de ser distorcida dos objetivos da instituição.

Outros gerentes até tiveram contato com o Regimento Interno, mas não se recordaram como estão expostas suas funções. Neste sentido, sente-se que a maior importância, na concepção dos gestores está realmente em praticar e atender atividades de emergência ou na medida em que há necessidade de realizá-las.

Tal fato acontece naturalmente e de maneira inconsciente, sendo conduzidos pelas situações que lhes são apresentadas. Realidade esta que sufoca a ação do gerente, que se torna limitado na consideração dos objetivos e funções inscritos no Regimento Interno.

Uma sugestão de melhoria seria unir esforços para promover debates que trabalhem a conscientização dos objetivos da instituição em toda a comunidade hospitalar, construídos com base na filosofia, na missão e na visão da instituição, que não estão claros e nem se apresentam nos registros documentais da instituição, os quais se teve acesso.

Com base em alguns autores e na coleta de dados, apresentados no desenvolvimento dessa dissertação, pode-se dizer que a filosofia do HU é promover a cidadania, a humanização, com prestação de serviços de saúde público e gratuito, com atendimento igualitário, através do SUS. Porém, seria interessante rever tal filosofia no sentido de considerar também o ensino e a pesquisa ou produção de conhecimentos.

A visão do HU à luz dos mesmos referenciais citados acima, pode ser resumida em um ensino e formação de profissionais (recursos humanos) entendidos como ideais, ou de melhor competência do título profissional conferido, garantindo uma assistência também ideal, subtendendo ter condições físicas e materiais para isso e, produzindo conhecimentos ou tecnologias avançadas em saúde.

Já a missão do HU é o compromisso firmado com a sociedade em relação à saúde, à qualificação e formação de recursos humanos, tendo como ferramenta instrumental, o cuidado do paciente, ou seja, ser o centro de referência estadual para formação de recursos humanos em saúde, formando e tomando cuidado com a melhor assistência e produzindo conhecimentos avançados em saúde.

Se refletir sobre as funções que estão no Regimento Interno, percebe-se que a filosofia, a missão e a visão, apresentam-se implícitas nas funções, o que dificulta a percepção de tais elementos essenciais à instituição, por parte dos gestores que, conseqüentemente não podem trabalhar melhor os objetivos específicos de cada órgão e que, mais tarde, irão compor os objetivos da instituição de promover ensino, pesquisa, extensão e prestar assistência à comunidade, de forma universalizada e igualitária.

Nesta atual conjuntura, conclui-se que os gerentes não têm os conceitos sobre a filosofia, a missão e a visão, claros na mente, nem dos objetivos e finalidade<sup>45</sup>, que muitas vezes acabam sendo confundidos e por isso, não podem ser identificados nas entrelinhas das funções do Regimento Interno, também desconhecidas por muitos.

Esta lacuna, já começa a ser percebida pelos sujeitos envolvidos no Hospital Universitário, em que um deles expressou que “hoje existe uma necessidade de virada no serviço público” (7.11), em que mesmo estando descontentes com algo, pode até reivindicar, mas sempre cumprindo a sua função com qualidade no atendimento ao outro que merece, como acontece em todas as organizações, principalmente por uma questão de sobrevivência da instituição no mercado.

Em, outra divisão, também foi percebido a falta de visão expressa através de um exemplo:

---

<sup>45</sup> A definição dos objetivos e finalidade do HU encontram-se no item 4.1.

tem que ter mais ainda a visão, porque na falta do funcionário e mais ainda dessa visão da coisa, que se tu captares recursos vais beneficiar teu próprio serviço, vais aumentar a tua produtividade, onde tu podes demonstrar mais o que se faz com melhor qualidade, esse tipo de pensamento não passa na cabeça dessas pessoas, eles não pensam assim (8.18).

Seria relevante, neste sentido, esclarecer tais conceitos, construindo-os no coletivo, através dos valores e idéias de cada indivíduo, fato que resultaria em pensamentos integrados e harmônicos, gerando um objetivo comum a todos e à instituição.

Porém, os resultados seriam alcançados em um longo prazo, uma vez que tudo que requer mudanças, sempre encontra resistência, tornando muito trabalhoso a conscientização de todos, como expressou um sujeito:

Tudo que requer mudança tem resistência por parte da equipe de um modo geral. Até conscientizar a todos é difícil. (32.7).

A ausência destes conceitos e conseqüentemente da consciência, não gera responsabilidade nas pessoas, fato que alguns entrevistados deixaram claro ao relatar o desconhecimento das funções do Regimento Interno, do próprio Regimento Interno em si e, o total desinteresse de vir a conhecê-lo, por ter em mente que sua posição de chefe não tem tanta importância, como a assistência, o que na verdade deveria ser tão relevante quanto, pois todas as partes compõem o sistema que leva aos resultados planejados ou não.

Entretanto, tal posicionamento aparece em apenas pequenas ilhas, como acontece com os indivíduos que conhecem o Regimento Interno e suas funções e procura segui-los constantemente. Então, pólos extremos, opostos e/ou equilibrados, existem dentro do Hospital Universitário, quanto ao que pensam sobre suas funções, sobre “o conhecer das funções no Regimento Interno”.

Acredita-se, que esta realidade tem relação com o interesse e a personalidade de cada pessoa, com a motivação e a vontade de vestir a camisa, com os objetivos pessoais, com a forma de ver a complexidade da instituição inserida e o saber dos fatos e conceitos relevantes.

Reforça-se aqui, mais uma vez que, para nivelar e harmonizar a responsabilidade, tornando-a coletiva, como Follett (1997) defende, é interessante o resgate da filosofia, missão e visão num sentido amplo e efetivo, a fim de direcionar todo o Hospital Universitário para um mesmo olhar, integrando os interesses individuais aos coletivos, de modo a fazer o indivíduo sentir-se parte do sistema organizacional e de grande importância para ela.

Tal trabalho, faz-se necessário com maior cuidado no nível operacional em que as pessoas envolvem-se muito com as urgências, com as atividades imediatas e rotineiras, fato que os limitam muito mais na visão ampla dos objetivos e funções organizacionais. Isso, explica porque os gerentes operacionais apresentam, no geral, maior desconhecimento do Regimento Interno.

Porém, como já ocorre em alguns setores, no caso de situações corriqueiras, um dos caminhos é usufruir de reuniões construtivas que exerçam o papel de clarificadora dos elementos essenciais e princípios da instituição, para a partir daí traçar estratégias de ação e de alcance dos objetivos dentro de uma responsabilidade coletiva.

Outro fator que pode influenciar o nível operacional é a rotatividade das funções oriundas das diferentes formas de contratação no Hospital Universitário; o que não permite efetivar o conhecimento das funções do Regimento Interno, pelo curto tempo que permanecem trabalhando, fazendo com que conheçam apenas uma parcela do que fazer.

Com a falta de compreensão e do desconhecimento da importância de sua tarefa no todo, o indivíduo é levado à fragmentação, desconsiderando o seu lado substantivo, composto por sentimentos, valores, sonhos, etc e reconhecendo apenas o seu lado racional, econômico e utilitário.

Tal fato acontece dentro deste nível, por influência dos elementos existentes no ambiente globalizado que busca apenas objetivos capitalizados e de sobrevivência num mercado que se esquece da pessoa como indivíduo político.

Além da rotatividade que existe no operacional, há também uma enorme necessidade de profissionais em todas as áreas do Hospital Universitário, fato que sobrecarrega os funcionários que atuam, tendo que atender a dinâmica da estrutura, e assim, o estudo do Regimento Interno, fica prejudicado também, bem como as atividades do setor e a satisfação dos seus setores.

Portanto, a falta de recursos humanos, materiais e financeiros, que foi lembrado em todo o período da entrevista, proporcionam muitas lacunas no desenvolvimento das funções, limitando conseqüentemente o cumprimento dos objetivos de forma eficaz.

Este contexto, reflete também na dedicação e no envolvimento dos funcionários, pois estando eles desmotivados e/ou sem satisfazer suas necessidades pessoais, que em muitos casos são até primárias, buscam outros empregos, e não se envolvem com profundidade em nenhum deles.

Assim, suas funções seguem apenas as práticas emergenciais, sem levar em consideração o que consta no Regimento Interno, pois “não sobra tempo” e nem cabeça para seguí-lo.

O Regimento Interno e suas funções apresentam-se de forma generalizada, o que pode ser considerado como vantagem, pois assim cada órgão tem liberdade e autonomia para elaborar suas atribuições de acordo com suas características específicas, adaptadas às normas gerais do Hospital Universitário.

É interessante a maneira que este documento foi organizado, pois o Hospital Universitário possui muitos órgãos com áreas diferentes de atuação. É um sistema complexo e

dinâmico, o que o torna resistente a funções padronizadas, onde a maioria das ações conduzidas pela situação e algumas nem fazem parte das normas, embora, outras atividades, que são técnicas e/ou assistenciais possuam seus processos padronizados.

Sente-se, que no geral não se pode detalhar o Regimento Interno de maneira exata devido a existência de um processo contínuo, que constantemente se renova, ou seja, é um processo que caminha na imprevisibilidade. O resultado disso, assim, é a obsolência de algumas normas e padrões estabelecidos.

Uma das justificativas que se dá para estes acontecimentos é a natureza desta instituição, como refletiu um gerente entrevistado:

tem situações que às vezes sai da rotina normal, mas no entanto, estão previstas e nessas ações, temos outras linhas para tomar posição e resolver imediatamente (4.13).

No que se refere à **composição** das funções do Regimento Interno, os entrevistados entenderam como a distribuição dos órgãos na hierarquia, que é respeitada na maioria das decisões tomadas, deixando claro a posição que ocupam na estrutura da instituição, visualizados através da organograma.

Porém, algumas lacunas foram identificadas tanto no Regimento Interno, como no organograma, pois devido à reestruturação das funções e extinção de algumas delas em 1996, pelo Governo Federal; deram origem a novas dificuldades na funcionalidade dos órgãos do Hospital Universitário, que não foram solucionadas até o presente trabalho.

Apesar de tais dificuldades, com a extinção de alguns cargos dando a impressão de faltar cargos de chefia, percebe-se que na realidade há muitos líderes para poucos liderados, o que gera muito custo com folhas de pagamento para o Governo Federal.

Muitos entrevistados demonstraram que também sentem a necessidade de reestruturação do Hospital Universitário, com relação ao Regimento Interno e/ou organograma, em busca da coerência entre as funções cada vez mais aperfeiçoada.

A **coerência** nesta dissertação foi entendida como uma ligação ou harmonia existente entre as atribuições, situações, cargos, níveis hierárquicos e a filosofia, missão, visão e finalidade da instituição.

Com base nisso, a expressão de alguns gerentes em desejar adequar o Regimento Interno e o organograma à prática, através da participação de todos, reflete uma certa necessidade de trabalhar totalmente de acordo com a instituição.

Isto porque, à partir do momento que se tem claro a missão da organização, pode-se buscar a integração coletiva, para executar as atividades conforme, tal missão, o que gera um certo respeito e responsabilidade por esta. Mas, enquanto não acontece, percebe-se uma prática doméstica do Regimento Interno, fugindo assim da formalidade, o que pode prejudicar as relações.

Quanto aos cargos, a coerência se fez clara no sentido da distribuição de papéis para cada nível hierárquico, em que foi destacado, por exemplo, o papel da diretoria setorial, que é ser elo entre o atendimento do paciente e do profissional, tendo ligação ainda com a finalidade de atender bem os pacientes.

Porém, esta finalidade é apenas uma das existentes no Hospital Universitário, o que demonstra um conhecimento parcial das finalidades do Hospital Universitário, ou seja, específica para sua área.

O corte de cargos já comentado e a falta de reestruturação do organograma, gera irregularidades na questão da gratificação para os cargos, pois alguns deles não a possuem e os que ocupam é por intermédio da gratificação de outro cargo que não tem chefe, ou seja, há o uso da gratificação de um cargo, para atuar em outro, fato que necessita ser revisto.



A posição de chefe não é muito valorizada pelos indivíduos que tem ligação direta com o paciente, pois eles acham que trabalho verdadeiro é a assistência e não a administração, o que na realidade são funções coerentes e imprescindíveis ao bom funcionamento do setor e da instituição.

Além do mais, a ocupação da chefia deveria ser realizada de uma maneira mais lúcida, pois pelo exposto, muitos assumem o cargo por obrigação, não querendo responsabilidade, porque ainda não foram conscientizados da importância desta função para o andamento do setor e da própria instituição.

Neste caso, não tendo um profissional que lida com assistência e/ou um professor que esteja preparado para assumir com capacidade e motivação tal gestão, seria interessante dar oportunidade para outros profissionais qualificados que não se enquadrem nestas exigências, mas que tenham integração com todos os envolvidos em busca dos melhores resultados em sua gestão, pois apesar de um gerente pensar que:

Embora saibamos que, se uma pessoa muito capacitada em administração, falando de administração, mas que não entende o funcionamento do hospital, com esses poucos recursos e que não tem autonomia para colocar as pessoas certas no lugar certo e na hora que quer, também teria dificuldades (2.54).

É sabido que ele pode administrar com o apoio dos outros profissionais que possuem conhecimentos na área de saúde, a partir do momento em que estes tenham abertura e compartilhem as informações necessárias para as tomadas de decisão, num ambiente interdisciplinar.

Esta mentalidade de não valorizar a gerência é muito forte no Hospital Universitário, apesar de estar apontando para novos pensamentos em uma das diretorias que, tomou a iniciativa de buscar entender melhor o contexto de cada atividade, como comentou uma entrevistada:

É percebido uma grande mudança com relação à gerência da [...] com relação a épocas anteriores, devido a um trabalho realizado, enfatizando a importância da gerência (28.9)

as [...] viviam em crise por não estarem fazendo assistência nos pacientes (28.10).

Parecia que o serviço de gerência era menor do que a assistência, era menos valorizada porque o gerente não mexia com paciente (28.11)

“uma gerente não faz nada, porque só mexe com papel” – era uma visão que se tinha antigamente e havia um sofrimento das próprias gerências em relação a isso. (28.12)

Sempre tínhamos que tirar um tempo para estar junto ao paciente, tínhamos que mostrar que ainda era [...], porque [...] mexe com paciente. (28.13)

Mas de alguns anos para cá, houve um amadurecimento[...] com a gerência e a equipe apesar de ainda existir uma dificuldade na forma de encarar o papel da chefia, porque ainda existe aquela visão de que o chefe é inimigo do funcionário[...] que é o controlador [...], mas mesmo assim melhorou muito (28.14).

No HU, cada pessoa exerce sua função como acha melhor, sem seguir uma harmonia e sem haver a integração almejada. São diversos os processos para realizar um mesmo trabalho, o que alguns até concluíram que não chegam em nada.

O problema é que o Hospital Universitário cresceu rápido e, devido a organização das atividades e processos não ter sido controlada, não pôde acompanhar a evolução, fato que resultou neste quadro com pessoas atuando diferente para uma mesma tarefa sem haver a coerência mais uma vez. Porém, dentro desta incoerência, encontra-se a coerência, pois todas as ações, mesmo não planejadas, levam ao bem estar do paciente.

Pode-se perceber, na maioria dos casos, uma harmonia também respeito à hierarquia, entre níveis e cargos de decisão, fato que se apresentou como vantagem no sentido de efetivar a boa comunicação, como se constatou nas expressões, mas que também apresentou desvantagens no sentido de retardar a resolução dos problemas e aumentar a burocracia.

Quanto à **abrangência** das funções do Regimento Interno, pelo exposto percebe-se que ele não consegue atingir todas as funções realizadas no HU, uma vez que, se extrapola o escrito, quando na prática, mas é uma ação necessária e vantajosa até certo ponto, para que se façam adaptações em cada setor.

Nas funções da Administração Geral, acontece a mesma coisa, pois seu papel está em garantir a funcionalidade do HU como um todo e representá-lo na sociedade, conforme os registros.

Já as Diretorias Setoriais, possuem funções que abrangem mais a sua área especificamente, porém interagindo entre elas para se tomar a melhor decisão para a instituição.

No entanto, esse fato não ocorre entre todas as Divisões, pois, como percebido, algumas ficam ocupadas apenas com suas funções, em seus espaços, e não se relacionam com as demais, o que poderia instigar um crescimento e um amadurecimento nos envolvidos.

No que se refere aos Serviços entrevistados, há uma pequena diferença que demonstrou que a abrangência das funções e relações entre eles acontecem quando os órgãos estão diretamente ligados pela rotina do dia-a-dia.

Nesta categoria temática também se destaca o fato das funções não gratificadas, que existem desde 1996, pois estas abrangem apenas o ambiente interno do HU, não podendo serem consideradas fora do hospital, para qualquer eventualidade. Pensando nisso é que os gerentes criaram a função gratificada por endereçamento, para que sua representatividade ultrapassasse as fronteiras da instituição.

No caso da **delimitação** das funções no Regimento Interno, os gerentes apresentaram uma clareza de como devem estar limitadas as funções e atribuições, que se encontram no Regimento Interno e nos manuais de atribuição de cada órgão, onde normas e regras também exercem o papel de limitadoras, tanto das funções quanto das atividades.

Porém, existe a flexibilidade no limite traçado e que acaba entrando nas ações informais de cada pessoa atuante, tendo que sempre tomar cuidado, pois como foi verificado, a atividade de uma área pode influenciar diretamente em outra, o que reforça a necessidade de

se trabalhar integrado e com os objetivos e as finalidades claros, para melhor direcionamento de todos.

E, devido à possibilidade das funções/atividades acabarem se chocando em determinados momentos é que também se torna importante escrever (formalizar) e manter uma boa comunicação/relação, para que as coisas sejam bem delimitadas e não prejudiquem o funcionamento dos órgãos e muito menos da instituição em si, comprometendo sua missão.

Com relação às categorias profissionais, elas se apresentaram bem divididas e bem delimitadas, especialmente uma delas, evidenciando as posições de cada uma, bem como onde começam e terminam as obrigações e responsabilidades de cada um.

Entretanto, um órgão foi apresentado como problemático pelos entrevistados, pois encontra-se inoperante, fazendo com que suas funções sejam exercidas por outro setor, fato que seria interessante rever e, se for o caso, reestruturar.

Algumas funções destacadas nas entrevistas têm relação direta com as finalidades e objetivos do HU, estando diretamente ligadas ao Regimento Interno também, o que foi considerado na **aderência**.

Contudo, uma atenção especial merece ser direcionada à importância dos objetivos, em que prioridades devem ser estabelecidas, pois houve uma certa divergência de opiniões em considerar a assistência ou o ensino como principal foco da instituição e a pesquisa ou produção de conhecimento nem é cogitada.

Tal fato justifica-se novamente pela falta de nitidez com relação aos elementos essenciais (filosofia, visão, missão, finalidade, objetivos) comprometendo o entendimento do sistema.

Nas afirmações dos gerentes, é percebido tais elementos essenciais, porém de uma maneira mais prática e voltada à sua atividade. Resgatando a idéia dos gerentes

estratégicos, por exemplo, suas concepções apresentaram-se mais aproximadas do desejado pela instituição ao considerarem como função principal a formação de recursos humanos, para responder as exigências do mercado, somada a eficiência no sentido de empresa, para com tais objetivos, atender bem o paciente, visando o seu bem estar e o da própria instituição.

Todavia, no nível tático e operacional, o objetivo mais considerado, ou seja, o mais forte, foi atender bem o paciente. Isso poderia ser justificado por estarem mais direcionados à própria assistência.

Mas, deve ser considerado que cada pessoa tem a sua função que compõe o todo, para alcançar objetivos específicos e, que mais tarde, integrados aos outros setores, formarão os objetivos gerais da instituição.

O que foi sentido assim, é que o foco do HU está saindo da formação de recursos humanos para assistência por influência de fatores externos e internos. Um dos fatores por exemplo, é a clientela, que antes era formada apenas por carentes e agora, já possui indivíduos com melhores condições sociais e/ou conveniados. E, os demais objetivos parecem ainda pouco relevantes como foco de atenção mais significativa.

No entanto, como destacou uma entrevistada, o HU não acompanhou as evoluções, com a revisão de seus conceitos. Tal fato, então, é que está fazendo com que a missão passe a ser apenas atender a comunidade, tendo como mão-de-obra os estagiários, que de maneira secundária aprendem fazendo.

No caso da filosofia, tanto para os gerentes estratégicos, como para os táticos e operacionais é muito forte o sentido de humanização, reforçado por um hospital público e gratuito, mesmo que em alguns momentos esta humanização esteja presente apenas na intenção.

A vantagem é que a filosofia é um dos elementos mais seguidos por toda a comunidade hospitalar, situação que também beneficia pessoas que são capazes de pagar pela assistência, uma vez que o HU não pode receber pelos serviços prestados, independente da classe social, para manter a sua filosofia.

Um gestor explicou este fato na expressão abaixo:

nós somos um hospital público e gratuito, e entre aspas, igualitário para todo cidadão que aqui se apresente, independente de raça, cor, credo e nível social, e nós enquanto gerentes temos que seguir os princípios e essas características. Claro que tem sempre uma coisa que não concordamos, sentamos e discutimos e acho que essa questão leva a um crescimento, as adversidades (9.3).

Apesar desta filosofia estar coerente com o segundo objetivo do hospital, que é prestar assistência, ela apresenta uma lacuna quanto ao primeiro objetivo da instituição, ou seja, o ensino, que também pode seguir a mesma linha de humanização.

Na tentativa de alcançar tais objetivos institucionais, os gerentes exercem inúmeras funções e dentre estas foram destacadas algumas, já citadas e que são o eixo central da análise, para verificar como é a prática diária dos gerentes do HU e caracterizá-la.

Sobre estas funções destacadas, muitos gerentes expressaram o **desconhecimento de suas definições**, bem como a falta de qualificação administrativa, até porque na maioria dos casos, alguns profissionais que lidam com assistência, apresentam resistência no trato das tarefas administrativas, atuando assim de forma leiga, por alegarem que o HU, não tem uma política de gerenciamento que possa seguir e direcionar seus esforços.

**Planejar**, como a primeira função fundamental da administração é realizada pelos gerentes do HU, porém sem muita base de sustentação capaz de fornecer os recursos necessários à sua eficácia.

Considerando a fundamentação teórica, pode-se dizer que os gerentes praticam os três tipos de planejamento, de acordo com o tempo, sendo a longo prazo (planejamento estratégico), a médio prazo (planejamento tático) e a curto prazo (planejamento operacional),

variando de um setor para outro e de uma situação a outra, como alguns destaques do nível estratégico:

O planejamento trabalhamos. Fazemos inicialmente porque no hospital, o diretor geral é eleito junto com a eleição do reitor e normalmente tem um período de 04 anos, e então, no início, é feito um planejamento global desses 04 anos, junto com a direção geral. (4.28)

Depois anualmente a diretoria setorial prepara um planejamento para aquele ano e passa para o diretor geral e depois é encaminhado a reitoria, então, fazemos esse planejamento no fim desse ano. (4.29)

Confirma-se neste sentido, o que os autores afirmaram a respeito dos tipos de planejamento, pois do planejamento estratégico, que estabelece planos de ação mais generalizados, são criados os planejamentos tático em cada departamento, a um menor prazo e mais específicos de cada área.

Mas, essa lógica não é seguida por todos os gestores nesta mesma sequência, pois vai depender de como o gestor encara as situações, como um entrevistado do nível tático que realiza o processo inverso, partindo do planejamento a curto prazo para o de longo prazo:

Geralmente eu gosto de fazer a cada 6 meses o meu planejamento, num tempo menor acho que fica mais fácil, e daí já traçamos com os dados que foi feito, eu já traço o planejamento para o ano seguinte. Essa é a minha forma de organização e eu controlo assim também. (10.28)

Entretanto, ao seguir essa sequência, corre-se o risco de prejudicar o planejamento, pois elaborando um planejamento operacional, sem ter em vista o tático e o estratégico, pode gerar grandes esforços, que não levem aos resultados esperados.

Alguns gerentes táticos, comentaram que não elaboram planejamentos por ter pronto pela direção estratégica, ficando a cada gerente tático apenas uma parte para a operacionalização do que foi traçado, o que demonstra a não participação do grupo no planejamento para estes setores:

O planejamento não fazemos a tempo, porque a diretora dividiu o planejamento dela em 4, para se realizar nos 4 anos. Dentro dele tem o planejamento de RH, de material, de estrutura diretiva e o de assistência. (16.38)

É um planejamento a longo prazo para [...] seguir nos próximos anos [...] cada um se encaixa numa parte, eu estou na estrutural diretiva, que refaz o regimento, atualiza, refaz todas as rotinas de todos os fluxos que temos [...] (16.39)

Temos um planejamento de atividades a longo prazo[...] de algumas coisas que queremos desenvolver em dois anos, de coisas técnicas, temos um planejamento geral. (27.26)

Porém, com relação ao planejamento a curto prazo, foi apresentado o seguinte por gerentes do nível operacional:

Na prática começamos o dia já pensando, agora temos que chamar tal paciente, temos que planejar se já começará a coletar os exames naquele dia, já se verifica quais dias se determinará para coleta de exames, já verifica que aparelho precisa dar manutenção. (18.33)

Um planejamento anual é fazer a avaliação de todos os funcionários, então anualmente todos os funcionários são avaliados, então eu tenho “n” coisas, planejamento diário e um mais a médio e longo prazo [...] (27.30)

O planejamento, diante do exposto tem uma característica muito dinâmica, em que as coisas vão acontecendo, e ele, sendo realizado de forma instantânea, sem uma prévia elaboração e muito menos uma formalização do processo, dependendo do setor e de sua sobrecarga diária.

Outro fato identificado também em alguns setores é que nem sempre os tipos de planejamento estão de acordo com o nível hierárquico, podendo existir um planejamento operacional no nível tático, como ilustra a afirmação citada acima.

Com relação a atuação do planejamento, foi percebido que as divisões em muitas ocasiões, planejam em conjunto com sua diretoria e depois é levado à direção geral. Em outras situações, os gerentes planejam com base no planejamento das atividades, partindo dos funcionários ou até planejando com eles, como se constata nas afirmações abaixo:

cada divisão planeja com a Direção o que precisa, tanto o planejamento da estrutura física, como da estrutura administrativa [...] (11.19)

Quando precisamos fazer reciclagem ou aprimoramento, nós fazemos o planejamento, colocamos as motivações, as necessidades do porque das reivindicações e então levamos a Direção. (11.20)

Quando eu entrei a primeira coisa que eu pedi para todos os chefes de serviços foi para que eles elaborassem um plano de suas atribuições e, todas as pessoas subordinadas a esse serviço e, quais eram as metas que eles estavam pretendendo para esses quatro anos de direção. Para com isso fazer um trabalho, um planejamento, trabalhar junto com eles, ver o que eles estavam esperando de cada uma dessas chefias. E dentro disso trabalhar com eles, nem sempre as condições financeiras permitem. (12.8)

planejo junto a chefia, porque eu estou na chefia do serviço de [...], só que temos outra chefia de [...], nós fazemos o trabalho juntas (24.5)



Planejar junto com os funcionários, levando em consideração as expectativas de cada um como ilustrou uma afirmação acima, é muito interessante no sentido de motivar e unir esforços que se traduzam em bons resultados e uma comunicação eficaz.

É uma das maneiras também de fornecer ferramentas necessárias para o direcionamento do gestor em suas decisões, sendo assim, seria interessante que os demais gerentes do HU seguissem esse tipo de procedimento, sempre que possível.

A elaboração do planejamento depende de vários elementos e varia conforme a relevância que cada gerente dá aos elementos. Alguns salientaram que o planejamento é feito de acordo com o que foi praticado, outros dizem que se baseia nas situações, outros nas necessidades institucionais e outros ainda, na filosofia, o que dá um enfoque peculiar a cada plano.

Dentro do planejamento é que os objetivos da organização são formados, tendo como base a filosofia do hospital em busca dos resultados esperados, como foi citado na teoria fundamentada, para que todos os elementos estejam em harmonia.

Se o planejamento é bem elaborado, todas as outras funções fundamentais seguem o mesmo caminho, fato que ocorre ao inverso se sua elaboração não percorre bons caminhos.

Outro fato a ser considerado também é que, através do planejamento adequado à instituição, as posições dentro de sua estrutura são apresentadas de forma clara e bem distribuída, realidade um pouco distante do HU.

Assim, a influência na construção do planejamento é variada e, a maioria deles, comentaram que utilizam reuniões para planejar, porém ocorre um planejamento mais voltado à assistência, como já foi citado, de ação corretiva e em muitos momentos planejado apenas mentalmente, ou seja, informalmente.

Poucos sujeitos destacaram a necessidade de planejar para se ter um direcionamento de ação e sobre a necessidade de rever constantemente o planejamento, mantendo-o atualizado com as mudanças e necessidades que surgem, realidade que merece maior atenção também:

No final do ano fazíamos um relatório e um planejamento para sabermos como agir. (16.48)

Eu já não consigo trabalhar sem planejamento[...] ficamos meio perdidos sem planejamento, me sinto sem rumo e sem saber por onde começar e acabamos cada um indo para um lado, sem chegar a nada na luta[...] (22.12)

tu fazes um planejamento e não é aquilo que tu querias e hoje em dia é outra coisa que o grupo busca, tem que estar modificando o planejamento, tendo outra ação em relação àquilo[...] (28.43)

Porém, os gerentes dos variados níveis hierárquicos apresentaram fatores que dificultam o planejamento. No nível estratégico, por exemplo, foi destacado que as emergências do dia-a-dia e a falta de recursos e/ou instrumentos para planejar são fatores que prejudicam a funcionalidade do planejamento, que acaba gerando poucos esforços direcionados, como se pode confirmar nas frases que seguem:

Como o peso administrativo da manutenção estrutural é muito grande, acabamos nos detendo menos ao planejamento, o que é um erro, isso vai se tornando um círculo vicioso, menos tempo para planejar, vai surgindo sem a expectativa que surja e, o que fazemos para minimizar isso é a presença continuada de 12 horas por dia, 8 horas na maioria dos diretores de todo mundo aqui dentro, já que não temos a possibilidade de planejar[...] (1.23)

Ex.: hoje, eu sei que eu tenho uma autoclave que vai me dar problema, pode ser daqui um mês, um ano, daqui a dez anos, mas ela já está anunciando o problema, se eu tivesse condições de programar uma compra agora, eu programaria a compra e compraria antes que o problema efetivamente acontecesse, isso é planejar, mas eu não tenho dinheiro, então eu tenho que, entre outras coisas, pedir para o Deus do céu que me ajude que não quebre até eu conseguir o dinheiro, que não é a forma de administrar mas é como temos que viver[...] (1.24)

Temos poucos instrumentos de planejamento. (1.79)

Nós planejamos e, infelizmente, nosso planejamento, como já havia falado, acaba não tendo grande êxito, porque todo planejamento que fazemos tem que ser pautado em algum recurso financeiro e, ainda mais na área da saúde, onde tudo é caro. E se você não recebe em contrapartida os recursos, esse planejamento acaba, mas sempre encaminhamos. (2.39)

Percebe-se pelos entrevistados que é muito presente os fatores limitantes do planejamento. Essa realidade reflete diretamente na ação dos envolvidos, pois vendo que não podem tocar adiante o que planejam, não se dedicam muito nesta função.

Com relação ainda às emergências que atrapalham o planejamento, outros entrevistados do nível operacional expressaram-se da seguinte forma:

Muitas vezes há falta de planejamento, mas também tem a própria característica daqui. Eu planejava em minha agenda antes de começar o dia, 5 ou 6 atividades para fazer na manhã, mas chegava aqui tinha 10 urgentes e deixava as outras para trás, porque eram emergenciais [...] (21.49)

Trabalhamos pouco com o planejamento porque no dia-a-dia ficamos apagando incêndio. (24.19)

Sim, mas na realidade apagamos muito incêndio mesmo, então muitas coisas que planejamos acabamos deixando de colocar em prática. (30.36)

Além dessas limitações, um fator que pode apresentar barreiras ao planejamento é a questão do setor ter características que obriguem a existência de uma padronização, o que dispensa a necessidade de planejar, como ressalta um entrevistado do nível estratégico e um do tático:

O planejamento de atividades na área médica, por exemplo, quem atende o ambulatório, atende os doentes, não tem muito que planejar de atividade, tem que vir e atender os doentes. (3.33)

Não tem que seguir roteiro, ele tem que atender o doente, e tem que atender, então não tem roteiro. (3.34)

[...] por existir uma rotina entramos mesmo no planejamento pronto, só se re-avalia a coisa errada para buscar solução e buscar corrigir o erro[...] (7.46)

Na verdade, nesse setor, vamos supor assim, existe uma “forma”, não poderia estar planejando. (7.47)

A falta de recursos em geral, além de ser sentida pelo nível estratégico, também surge nos demais níveis gerenciais, como fator muito negativo na formação do planejamento de cada órgão e da própria instituição em si:

planejamento na verdade não estamos tendo tempo para fazer. Primeiro porque com essa medida do governo agora, dificultou muito para nós, pois temos que fazer planejamento em cima das cabeças que temos, então temos muita falta de pessoal, o governo está afunilando para terceirizar. (6.28)

Posso dizer que em termos de [...], resolvi dando um planejamento correto, mas não em 100%, porque quando mandamos lá para cima eles nos cortam 40%, e tentamos nos acomodar dentro da grana que eles têm. (23.30)

Além destes obstáculos, alguns gerentes destacam a burocracia, a rotatividade dos funcionários e a falta de tempo, como empecilhos também ao planejamento, que em algumas situações ou órgãos, chegam até a ser feito, mas não é colocado em prática:

A função mais predominante é a burocracia, então tem muita burocracia, serviço público federal [...] tem muito papel, despacho daqui, despacho de lá e essa burocracia toda é muito predominante e tira-nos muito do papel de planejamento. Então, a hora que você podia estar planejando, organizando é desviada pros despachos burocráticos [...] atrasa muito. (5.17)

Planejar eu planejo muito, mas é como eu digo para as meninas, é difícil o dia que consigo colocar em prática as coisas que planejei. (26.40)

Diante destas limitações, surge a pouca motivação para planejar, pois esta atividade acaba sendo vista por alguns entrevistados como desperdício de tempo e esforços, como disseram alguns gerentes:

Eu gosto de planejar, mas eu gosto de planejar aquilo que vou poder executar. (1.80)

Planejamento sem nenhuma probabilidade de executar é triste. (1.81)

Temos que de alguma forma acreditar que algumas coisas podem ser feitas, mas é visto como perda de tempo e desmotiva a equipe, para planejar. (1.82)

eles têm idéias, mas é difícil porque eles não se colocam muito – “Ah, é só para falar, não vai dar em nada” – porque tem muitas coisas que não conseguimos colocar em prática, por falta de dinheiro, etc. (30.26)

Sendo assim, não basta apenas planejar, “tem que planejar e tem que institucionalizar a coisa” (5.29). O problema é que acaba sendo uma realidade cíclica, pois para que se efetive o planejamento é necessário ter recursos financeiros, humanos e tecnológicos adequados às necessidades e o conhecimento destas necessidades, bem como dos elementos essenciais à instituição e, como não existe tais recursos, não se planeja, e não planejando, não há melhoria dos recursos.

**Organizar**, como segunda função fundamental, depende muito de um bom planejamento para que se efetive, mas também da reunião dos gestores, principalmente das chefias estratégicas para decidir pela organização mais adequada.

Neste ponto, os gerentes estratégicos trabalham conforme aponta Chiavenato (1993), pois se reúnem para discutir o trabalho e tomar decisões sobre uma determinada área, analisando suas possíveis influências em outro setor, visando alcançar o objetivo planejado.

Apesar de existir a discussão das atividades entre os gestores estratégicos, há um mau do agrupamento de cargos e atribuições, conseqüências que recaem nos gerentes táticos e operacionais.

A organização sobre este enfoque, ilustra a existência de diferenças para cada nível, podendo classificá-la em organização estratégica, para as Diretorias, que a tratam de forma mais generalizadas, cuidando para não fugir dos objetivos gerais estabelecidos, organização tática, que se refere a cada Divisão e a organização operacional para os Serviços e Seções.

Dentre estes três tipos de organização, a mais encontrada foi a operacional, pois as atividades rotineiras baseadas em urgências, direcionam a atenção dos gestores constantemente.

Na prática, a organização fica comprometida, como em muitos outros aspectos do HU, devido a escassez de funcionários e da falta de qualificação adequada dos que existem, dificultando assim a organização de escalas dos setores e das atividades.

Ao visualizar esta prática dos gestores, portanto, verifica-se a distribuição de tarefas para cada setor organizada conforme o organograma está estruturado e, como já foi visto, precisa ser repensado, pois reflete nos resultados da organização.

Esta realidade é gritante em uma das divisões que não têm órgãos de serviço suficientes em sua estrutura, tendo que contar com os setores de serviços de outra categoria funcional, para que consiga realizar suas atividades.

Acredita-se que, se o planejamento tivesse sido elaborado considerando a totalidade do hospital, tal problema não estaria acontecendo com tanta evidência, pois a má distribuição dos setores e recursos humanos seriam amenizados ou extintos, reduzindo a incoerência entre cargos e funções.

Uma forma de pensar sobre a organização, apresentada nas entrevistas chamou a atenção, pois a considerou como principal função, englobando o planejamento e o controle. De certa maneira, até pode ser considerado assim, pois se existe o desejo de organizar, o planejamento do trabalho tem de ser realizado e controlado para que se atinja o que foi traçado. Esta relação faz-se possível porque as funções fundamentais estão muito relacionadas e, além disso não tem uma sequência obrigatória entre elas.

Devido a instituição pertencer à área de saúde, foi alimentado dentro do HU, por intermédio de alguns profissionais que, o funcionamento e a organização das atividades devem girar essencialmente em torno de sua categoria assistencial, o que na realidade não pode funcionar assim, pois isso acaba criando um sentimento em outros gerentes de que são menos importantes para o HU, ficando subestimados e, levando-os a uma auto-defesa, como foi citado:

Não é porque ele é médico que vou fazer tudo que ele quer e vou deixar minhas atividades[...]porque todas as atividades são importantes. Existem dificuldades na história da medicina e da enfermagem e que convivemos diariamente, mas nós tentamos ser o mais imparcial possível[...]tem atrito direto, porque ninguém quer perder espaço[...]tem muitos profissionais que conseguimos trabalhar muito bem[...]mas de uma forma geral, com o corpo existe o atrito e o medo, dos dois lados de perder espaço – “não vou ceder para o corpo médico para não perder espaço” – por outro lado, o corpo médico é muito mais audaz, às vezes nas coisas porque também tem medo de que a enfermagem assuma o espaço deles[...] (28.40)

Esta problemática, dependendo da pessoa, traz consequências negativas, tanto para o indivíduo e sua relação com o outro, quanto para a instituição, pois, na verdade todos os órgãos/setores são importantes, sejam eles de atividades meio ou fins. É um conjunto que deve trabalhar integrado para atingir a missão do HU, perante a sociedade. Enfim, todos tem um papel e um é dependente do outro, seja direta ou indiretamente.

E valorizando esse pensamento é que se deve **dirigir/comandar** as pessoas e/ou situações, estimulando e gerando motivação para atingir os objetivos traçados no planejamento.

Neste aspecto, para que o planejamento e a organização sejam mantidas, a função dirigir é imprescindível, pois é importante ter uma pessoa que tome a frente e estimule o grupo a trabalhar. E, é por este motivo que esta função está muito relacionada com a habilidade humana e com a relação interpessoal, uma vez que, os resultados são alcançados com pessoas e por meio delas.

O gerente, ao praticar esta função, assume um papel de motivar e capacitar os indivíduos, pois não adianta motivar se a pessoa não estiver qualificada para assumir a atividade. No HU, o dirigir/comandar demonstrou-se limitada não apenas pela desqualificação dos profissionais como também pela forma que eles foram contratados, pois como salientou um gerente “são cinco contratos, com cada um de uma forma, cada um trabalha um ‘x’ de horas, então temos problemas” (30.11):

temos funcionários efetivos[...]tem pessoal que é da firma terceirizada, tem pessoal de FAPEU e tem uma outra empresa que é da limpeza que atua aqui dentro, acho que tem mais um na assistência (30.10).

Então, uma das classes de trabalhadores é composta por efetivos, que foram concursados pela universidade, fato que lhes garantem a estabilidade e, que se traduz em poder e maior autonomia em suas atitudes e relações, tanto com os superiores, quanto com os demais funcionários. Esta é uma desvantagem que influencia de forma considerável a direção do gestor.

Por outro lado, os funcionários que são contratados, facilitam a direção por não terem estabilidade e o gestor tem flexibilidade em demitir, mas como desvantagem surge a rotatividade nos setores, o que também danifica o rendimento da direção e da rotina.

A presente problemática foi muito destacada nas considerações dos gerentes, que seguem para efeitos de melhor compreensão do fato, apresentando a situação, suas relações e consequências:

Existem funcionários bons e existem funcionários ruins, se tu estás num local onde tens total poder, tu podes colocar os ruins para fora, aqui não, então os ruins tu tens que tentar conversar para que eles sejam menos ruins, aí as vezes, tu tens que ter algum tipo de ação de recriminação com essas pessoas para que elas venham a melhorar, mas é uma coisa que se vai levando.(3.32)

As pessoas aqui são insubordinadas, elas não respeitam as chefias. Elas nem dão bola, às vezes nem sabe quem é o chefe, se tiver uma reunião elas nem vêm.(12.27)

Para se ter uma boa assistência, temos que ter muitos funcionários e dentro de 7 anos, em que morreram, aposentaram, demitiram funcionários, não foi repostos nenhuma vez e por isso o HU contratou pela FAPEU, porque o hospital tem que continuar funcionando[...](16.51)

[...]uso mais o poder com os terceirizados, porque não posso manter uma pessoa desse contrato que está fazendo o que não quero no serviço (23.51)

o servidor já não posso mandar embora, mas tento corrigir, porque se eu perdê-lo não tenho como substituí-lo(23.52)

a universidade não pode contratar, mas um terceirizado eu posso, porque a empresa terceirizada se encarrega de nova contratação, no caso da FAPEU também é difícil porque não tem como pagar rescisão. (23.53)

não tem contratação, as contratações pela FAPEU estão por um fio, existe inclusive uma lei que exige que até 05 de maio de 2003 todas as contratações FAPEU tem que ser extintas (26.26).

Aqui, 80% do pessoal é contratado pela FAPEU (26.27).

O HU tem setores que são tocados única e exclusivamente por funcionários FAPEU, então é claro que o [...] diretor, sabe que ele tem esse prazo, mas também sabe que até lá terá de surgir uma solução alternativa porque não tem como mandar todo mundo embora e fechar tudo quanto é setor (26.28)

ocupamos muito tempo para não demitir uma pessoa por exemplo, porque para demitir uma pessoa tem um ônus financeiro (26.29)

o pessoal da universidade tem mais regalias, tem um horário de trabalho menor, tem salário maior e tem uma postura mais assim de – “eu sou mais eu, tenho as costas quentes porque tenho estabilidade” – então o pessoal, da empresa terceirizada principalmente, trabalham mais horas e o salário é bem menor (30.12)

conseguimos exigir mais trabalho dos terceirizados porque eles temem a demissão e temos essa liberdade com a empresa, de estar sempre trocando funcionários com eles quando precisa. Se não está indo bem, não podemos fazer isso com os efetivos, para resolver esse problema fazemos reuniões, encontros 2 ou 3 por ano com psicólogas, no shopping, com brincadeiras, para pessoa trabalhar bem o serviço, porque o pessoal acha que está fazendo um favor e não encara como um dever, porque, se está recebendo tem que trabalhar direito[...](30.13)

estamos trabalhando a nossa cabeça e, nós também fazemos reuniões entre as nutricionistas, com psicólogas, para ver se mudamos nossa postura aqui dentro para conseguir nossos objetivos e para não pirar, porque tem horas que ficamos patinando e não saímos do lugar[...]tem problema de equipamento, de dinheiro, mas o pior problema para mim é o de gerenciamento de pessoal, não achamos ainda como fazer, estamos tentando, mas está difícil[...]pelo contrato de trabalho também, que tem muita cobrança, um vem para o outro e diz – “ah, eu posso mais porque tenho estabilidade” – isso é com o pessoal mais antigo.(30.14)

O pessoal mais antigo, os efetivos, não querem cozinhar, não querem lavar, não querem limpar, são problemáticos[...](30.44)



As limitações encontradas neste setor, e que reflete a realidade do HU, proporcionou muitas desigualdades entre os funcionários, deixando a desejar na questão de cidadania e humanização, que é tanto defendida pela instituição.

É sentido a necessidade de mudança, mas os indivíduos ficam tão dominados pela situação, que acabam se sujeitando aos abusos de poder, tanto da parte dos funcionários concursados, que tem maiores regalias com relação aos superiores e colegas de trabalho, quanto da parte dos gerentes com relação aos funcionários contratados e menos favorecidos.

Esta função fundamental, tem forte relação com o poder e a autoridade, que conflita muitas vezes com a resistência e poder também dos comandados, como foi percebido nos registros anteriormente apresentados.

O poder da parte dos funcionários efetivos tem origem em sua estabilidade, fato que seria interessante reestruturar, já que sufoca as relações e as atividades. Esse poder dos funcionários é reforçado por meio dos gerentes, que não tendo condições de demitir, pelo custo da rescisão e por não poder substituir o indivíduo, acabam tratando estes de forma diferenciada.

Sendo assim, dirigir é possível em algumas situações e para algumas pessoas, dependendo dos fatores que estão envolvidos. Porém, coordenar, que é a próxima função a ser refletida, já se faz mais aceitável pois suas características são semelhantes ao dirigir, mas com maior flexibilidade e participação.

Resumindo, dirigir é uma função complexa, pois mais uma vez a falta de recursos influenciou negativamente, bem como a falta de preparação dos profissionais e o relacionamento com conflitos até entre categorias profissionais, realidade marcante no HU, como se vê:

Claro que depende muito da pessoa, mas eu estou te falando num nível geral, a situação está difícil, com a medicina principalmente, com as outras eu não sofro,

geralmente buscamos esse contato direto com a chefia de divisão, no setor, nós temos muito contato também com a divisão auxiliar de pessoal[...] solicitamos e eles executam na questão de contratação, demissão, relação de funcionário, o funcionário que tem problema de saúde que não seriam adequados, então o contato é bem constante.(9.22)

Se tu chegares e a pessoa estiver marcada para ser atendida às quatro horas e o médico só chegar às seis, o paciente já vem se queixar para o coitado que trabalha na enfermagem, então tu tens que arrancar porque a enfermagem tem que cumprir horário e o médico não precisa, então existe essa rotina toda.(12.21)

Medicina não manda na enfermagem e enfermagem não manda na medicina, são duas áreas diferentes, mas que conseguem trabalhar em conjunto.(22.19)

Diante desse quadro, muitos gerentes optaram por dirigir situações e não pessoas, como Follett (1997) comenta, pois assim suavizaria os conflitos entre funcionários e diretores, já que a situação e a necessidade do momento é que determinaria o que fazer, ao invés de transparecer uma relação de ordem entre chefe e subordinado.

Entretanto, esta forma de pensar não é uma constante no HU e, como já foi identificado dirigir, também acontece com características domésticas. Tal fato pode ser confirmado, quando se depara com situações em que algumas pessoas usam o argumento das necessidades do paciente como estratégia para impor seus interesses, sem haver a real necessidade. Argumento este que, mesmo o outro tendo resistência, acaba se rendendo por medo de ser culpado posteriormente de um eventual problema com o paciente.

Considerando as características existentes em uma instituição de saúde, como a do HU, dirigir é necessário, em situações que são mais complexas, normatizadas, padronizadas, não tendo muito o que discutir e nem permitindo uma solução em conjunto, uma vez que a situação pré-determina a decisão, ou esta vem de fora do setor.

E **coordenar**, é uma função que pode ser muito eficaz para que as relações sejam harmoniosas e os objetivos da instituição sejam alcançados neste mercado dinâmico, até porque diante de tantas limitações, a integração e a participação de todos, conquistada através do carisma e do espírito de liderança do chefe, contribuem de forma relevante para a solução dos problemas.

Esta função pode ser considerada uma extensão da função dirigir, que se transformou pelas necessidades de adaptação às mudanças do mercado e do gerenciamento. A diferença apresentada entre dirigir e coordenar, nesta análise foi construída com base nas conclusões da pesquisadora, a partir do contexto estudado, lembrando que coordenar para alguns autores já está inerente à função dirigir.

Coordenar no HU, demonstrou-se a função mais presente nas chefias entrevistadas, estando muito ligada à liderança com base nos diferentes estilos de liderança e habilidades gerenciais, que serão abordados mais adiante.

Uma das ferramentas mais utilizada e considerada vantajosa pelos gerentes, foram as reuniões, como na elaboração do planejamento e que variam quanto as suas características e eficácia, dependendo dos atores envolvidos e das situações.

Tais reuniões são realizadas em alguns setores com o objetivo de levantar as lacunas que existem e de buscar soluções entre o grupo, avaliando o contexto e ouvindo todos os sujeitos do problema, para se tomar a melhor direção.

A vantagem desta ação em conjunto é que as pessoas, podendo participar, sentem-se responsáveis e se empenham melhor, uma vez que os resultados serão considerados de todos e, além disso, há possibilidade de ser apresentado pelos funcionários, soluções que não são vistas pelo gerente, proporcionando um desenvolvimento rico e construtivo.

Mas, apesar da abertura aos funcionários para participar, foi encontrado resistência por parte de alguns que, acostumados a sempre receber ordens, ficaram acomodados e livres de responder pelos seus resultados.

Além desse fato e de muitos conflitos apontados no HU, coordenar foi um dos melhores caminhos encontrados para gerenciar e manter a instituição em funcionamento. Isso

ocorre porque há uma necessidade muito grande de se trabalhar em equipe, embora isso não aconteça em todo o seu espaço.

Mesmo que um dos gerentes operacionais tenha dito que no trabalho em equipe, o líder tem que liderar e despertar novos líderes, esta realidade está longe de ser efetivada no contexto hospitalar. O trabalho em equipe existe, mas nem sempre os membros tem total liberdade para atuar e expressar suas opiniões.

Tal fato ocorre, porque coordenar/liderar uma equipe, às vezes ocorre em meio a uma distorção de conceitos, uma vez que, alguns gerentes afirmaram que coordenam, porém reúnem-se apenas com os gestores, não ouvindo os funcionários, ou seja, não contam com a participação destes e muito menos comunica o que está ocorrendo, apenas determinam o que fazer.

Como consequência disso, a resistência aparece novamente, sendo um obstáculo que reduz consideravelmente a flexibilidade e o clima agradável, fatores importantes para a liberação das idéias e da criatividade na rotina dos indivíduos. É uma questão que merece ser questionada, quanto as vantagens que traz para o gerenciamento.

Por outro lado, a liderança ocorre no sentido do gerente também realizar as tarefas que os outros servidores fazem, e de motivá-los a dar o melhor de si, através de elogios, uma vez que gratificações não são possíveis de serem feitas. Agindo desta maneira, os gestores tentam alcançar o resultado/retorno esperado.

No nível estratégico é trabalhado constantemente a coordenação, uma vez que nunca tomam uma decisão sozinhos. Através de reuniões freqüentes com os diretores de cada área, todos apresentam os problemas e, em conjunto buscam soluções para finalmente decidirem.

A decisão, neste sentido, é do grupo estratégico e a responsabilidade também, bem como os resultados, fato que se apresentou para a pesquisadora como benéfico à gestão da instituição.

Além disso, um dos gerentes estratégico, relaciona-se também com o seu corpo profissional, de forma que o grupo todo decida o melhor e ele apenas execute o que foi deliberado por todos.

Nesta função de coordenar, a criatividade e o espírito de liderança devem estar muito presentes, principalmente quando os recursos são limitados como no HU, tendo que estar claro para os envolvidos, a visão do contexto.

Uma vantagem que pôde ser identificada, é que nos setores em que há uma participação dos funcionários, os gerentes têm maior prosperidade e menor desgaste na resolução dos problemas.

Com isso, pode-se perceber que trabalhar em equipe não significa que o gerente corre o risco de perder o seu poder, mas ao contrário, reveste-se com o poder do grupo, alcançando resultados satisfatórios com colaboradores motivados.

Esta realidade presente em alguns setores, poderia ser disseminada aos demais órgãos, já que o funcionário, na maioria dos casos, não está acostumado a participar e nem ter seu superior como colega de trabalho e, o mesmo acontece com relação ao gerente. Há uma necessidade, portanto, de se reaprender a participar.

Todavia, faz-se necessário estar atento para que não se transforme num fator negativo, pois como ocorreu em um setor operacional, a coordenação foi comprometida por não se saber separar as relações profissionais das amistosas, gerando vínculos entre líder e liderados, que influenciavam as decisões do gerente.

A questão da integração, assim como as reuniões, também estão muito presentes na coordenação, de todos os níveis, porém, no tático foi dado maior ênfase, apesar de não existir em alguns setores.

De acordo com as entrevistas, os gerentes entendem como integração, o fato de reunir e coordenar as equipes para se tomar as decisões necessárias, sem considerar o real significado da integração. Para Follett (1997), a integração é uma terceira solução que satisfaz a todos e que tem origem à partir de duas já existentes e defendidas por grupos ou pessoas diferentes.

Mas, não é isso que ocorre no HU, pois a integração desta instituição aproxima-se mais da conciliação, onde se escolhe uma melhor alternativa, das duas indicadas, favorecendo apenas uma das partes, isso quando não é uma “integração” que a alternativa já vem determinada pela chefia, sendo apenas comunicado, ou seja, uma dominação.

A solução do problema neste caso é de imediato, mas não é definitiva, pois o indivíduo insatisfeito acaba insistindo na realização de seus interesses. Apenas a verdadeira integração pode evitar que isso aconteça, por meio de soluções que valorizem o interesse de todos os envolvidos.

Esta integração distorcida com o planejamento pouco trabalhado induz a pensar que estes são os responsáveis pela permanência constante dos gerentes em seus postos de trabalho, esperando acontecer os problemas para resolvê-los e orientar os colaboradores, fato que se caracteriza numa coordenação trabalhosa e desgastante.

Com relação ao nível operacional, percebeu-se que os gestores têm uma certa autonomia para coordenar, tendo a responsabilidade de manter seus superiores que se encontram constantemente à disposição, apenas informando como já foi comentado.

A atuação dos gerentes operacionais baseiam-se na resolução das dificuldades do dia-a-dia com a ajuda de seus funcionários e, ajudando os mesmos em suas dificuldades sem perder os objetivos do grupo.

Esta reciprocidade, sem perder de vista os objetivos demonstrou que o gerente desta área operacional trabalha com profissionalismo e não se deixa levar pelos vínculos emocionais que possam surgir ao coordenar/liderar.

A última função fundamental, **controlar**, nem sempre obedece esta sequência, pois é uma função que caminha desde o planejamento, quando o processo é correto. A finalidade desta função, conforme a fundamentação teórica é de comparar os resultados esperados com os atingidos, para que se possa corrigir possíveis desvios, mantendo-se no caminho certo/planejado.

O controle é realizado com a ajuda de algumas ferramentas, consideradas como parâmetros que servem para determinar se os resultados estão de acordo ou não com os objetivos. No HU foram encontradas na prática dos gestores, a revisão, questionários, supervisão e a observação como ferramentas de controle.

O controle existe no hospital sob diversos aspectos. No nível estratégico, por exemplo, praticamente não existe um controle, como citam os autores apresentados neste trabalho. A percepção que se tem é que o controle está distribuído para os níveis inferiores, pois estes, ao identificar alguma irregularidade vão até os gerentes estratégicos para se tomar as medidas corretivas, que não estão ao seu alcance.

Desta forma seria interessante pensar em um controle mais funcional, adotando parâmetros para cada tipo de atividade que se fossem padronizados, sendo estes aplicados desde o nível superior ao inferior, visando a melhoria da qualidade dos serviços e a redução de desperdícios de materiais, de atividades e de tempo.

Num sentido geral, o controle que se faz no HU, segue as mesmas características das outras funções, a de “apagar incêndios”, pois é realizado quando surge o problema de emergência, pela falta de planejamento, pelas limitações e por não determinar o tipo de controle mais adequado a instituição.

Apesar disso, os gerentes do nível tático e do operacional, trabalham bastante com o controle e, alguns órgãos destacaram-se, devido às suas peculiaridades, podendo classificar o seu controle como preventivo, pois o problema é identificado antes de acontecer e também como contínuo, já que é feita a medição dos desvios durante as atividades.

Tal realidade, é uma vantagem, que existe em departamentos que possuem atividades ligadas à vida dos pacientes, o que seria interessante implantar em todo o HU para controlar os fatores que dificultam o gerenciamento, porém mesmo que o problema seja identificado antecipadamente, nem sempre pode ser sanado. Além do elevado controle que existe neste órgão é realizado junto a uma organização detalhada que contribui para a qualidade do controle.

Porém, deve-se tomar muito cuidado para que o controle não se transforme em obstáculo para o andamento das atividades dos funcionários, que dependendo de como são abordados, acabam sentindo-se dominados, o que gera conflitos.

O ser humano por natureza não gosta de ser controlado, e nesta realidade, podem encarar o controle como uma crítica pessoal, como Kwasznika (1995) cita. Sendo assim, o controle, que é necessário para a organização, deve ser executado pelo gestor com uma característica democrática, sugerindo as alterações necessárias, fato que possibilita uma maior aceitação por parte do funcionário.



Contudo, o bom controle, que Faria (1985) diz ser uma manifestação de poder, depende muito das características do sujeito envolvido e, se o mesmo se identifica com os objetivos da organização.

Um dos gerentes operacionais usa excessivamente o controle como forma de poder, deixando claro esta relação na prática. A vantagem encontrada é que o setor melhorou quanto a produtividade dos serviços, mas para isso foi sacrificado o relacionamento humano o que pode gerar insatisfações nos funcionários e resistência às tarefas na ausência do gestor.

Em outros setores com características delicadas, também foi identificado um controle mais rígido, em que um dos gerentes faz uma revisão do que foi feito, para manter a qualidade e evitar os erros, porém ele realiza esta técnica considerando a necessidade do setor, sem deixar de lado as relações interpessoais.

Já outro gestor que atua nesse mesmo contexto utiliza a avaliação como a forma de controlar mais freqüente e que se ilustrou muito produtiva e apoiada em uma boa organização dos cronogramas de avaliação planejados para as atividades.

No caso da supervisão, um gerente do setor operacional utiliza freqüentemente, por existir funcionários realizando tarefas que não são de sua qualificação, o que exige o constante controle para se ter os resultados, desgastando todos os atores do cenário. Uma solução emergencial para isso seria o desenvolvimento de um treinamento aplicado ao setor, para amenizar a tensão entre os indivíduos e dar maior segurança a todos.

Ainda no nível operacional, pode-se concluir pelas entrevistas que o controle é diário sobre as atividades, juntamente com outras ações e que, em alguns casos, este controle é contínuo não simplesmente para se ter bons resultados, mas porque o gerente sente-se responsável por tais resultados, uma vez que deve prestar contas deles. Esta situação,

confirma o argumento de que a responsabilidade, compromete o indivíduo que se vê na necessidade de levar mais a sério suas atividades.

Mas controlar, também é uma função que alguns gerentes têm dificuldades de realizar por existir muitas unidades em determinadas áreas, com pessoas portadoras de características diferenciadas, que dependendo da situação acabam em conflitos, principalmente porque onde há poder, sempre haverá conflitos e resistências.

Todas as funções fundamentais da administração, como as demais atividades, situações e necessidades do hospital, que surgem no decorrer do dia-a-dia dos gerentes, são elementos que estão muito relacionados e que, às vezes apresentam-se de forma simultânea e dinâmica. E, diante de todo esse sistema, outros elementos tornam-se inerentes e influenciam diretamente nas decisões e atitudes dos gerentes, como foi percebido no HU.

Tais elementos são os estilos gerenciais e as habilidades gerenciais que cada pessoa tem. O estilo gerencial está relacionado com o comportamento do indivíduo que, conforme o seu perfil, adota um modelo que tenha maior afinidade.

Existem diversos estilos de gerência/liderança. Mas, considerando apenas os estilos democrático, autocrático e liberal, pode-se dizer que os gerentes do HU, praticam com maior frequência o **democrático**, pelas características que este apresenta, que são mais adequadas à estrutura da instituição, à sua filosofia de humanização, etc.

O estilo de gerência democrático, como foi verificado na fundamentação teórica, é o que oferece maiores resultados positivos devido às suas peculiaridades, que se assemelham à função de coordenar e às habilidades humana, que predominam no HU, fato que um diretor tático comentou o seguinte:

Eu na divisão procuro orientar, eu jamais chego e digo: “Ah não você vai fazer assim porque a divisão[...]” – apesar de termos o poder, eu não uso porque não tenho um resultado positivo, prefiro a democracia, mas sempre estou tentando dar a orientação: “Essa é a melhor forma de fazer, mas você faz como você quiser” –

porque, cada serviço tem um chefe imediato[...], ele é o responsável direto pela produtividade de seu setor. (10.34)

Apesar da relação basear-se na orientação, a tendência é de que o funcionário execute a atividade conforme foi solicitado, sem resistência, para agradar e também, para ter bom desempenho em suas obrigações.

Esta é uma maneira positiva de se alcançar o proposto, pois o ser humano não gosta de estar submisso e, algumas áreas profissionais que tem autonomia em suas atividades, acabam sendo até insubordinados e não respeitam seu líder, o que não deveria acontecer.

O papel da gerência neste estilo democrático, dentro do HU, funciona com características de liderança, em que o gestor auxilia e estimula a equipe, administrando conflitos e harmonizando relações, que são de grande complexidade neste hospital e que deve ser mais trabalhada, apesar dos cursos e treinamentos de relacionamento humano que existe.

Ficou claro que, o que determina o estilo gerencial é um conjunto de fatores como a personalidade dos líderes e liderados, as necessidades do hospital e principalmente a situação, fato que não permite ser democrata em todos os momentos.

Sendo assim, os demais estilos, autoritário e liberal, foram identificados no HU como secundários, não predominam, mas são necessários em determinados momentos e para determinadas pessoas.

Geralmente, o estilo **autocrático** ocorre em situações que se deve obedecer regra, algo que já vem definido ou é adotado por gerentes que tem responsabilidades rígidas sobre os resultados, ou ainda quando as coisas devem ser realizadas de imediato. A personalidade difícil de alguns funcionários, que não executam suas atividades adequadamente também forçam o gerente a assumir tal estilo.

Porém, houve gerentes que se destacaram por serem autoritários em sua natureza humana, apesar de viverem num ambiente de democracia predominante, fato que foi considerado negativo, e reforçado por uma gerente operacional como gerador de conflitos:

Uma coisa que me atrapalha a trabalhar é alguém me ordenar muito – “tens que fazer[...]” - parece que “breca”, erra até, e cria-se uma resistência, não aceita fazer de birra.(18.43)

Mesmo que o indivíduo tenha perfil para ser autoritário, ele deve levar em consideração as características da organização que está inserido, para que ocorra uma adaptação, o que não foi realizado por um gerente operacional autoritário.

Em contrapartida, uma das diretorias setoriais, como já foi comentado, padronizou o estilo gerencial de seu cargo, de acordo com as necessidades da instituição e do corpo, evitando assim esse problema de se ter uma pessoa, com perfil diferente dos que são vividos no hospital.

O estilo autoritário, apesar de secundário e não muito aceitável, foi considerado uma estratégia positiva na defesa dos direitos dos usuários. E sob esta ótica, o autoritarismo pode ser adaptado à questão de humanização, já que está sendo aplicado para defendê-la e para preservar a boa assistência, quando não está ocorrendo.

Neste caso, é bem-vinda a sua aplicação, mas sua predominância é negativa, mesmo que os funcionários prefiram assim, pois o setor perde muito no desenvolvimento e os indivíduos não trabalham com satisfação e responsabilidade.

O estilo **liberal**, que é secundário também, foi encontrado em alguns setores, que o utiliza quando as questões não são muito relevantes, ou quando as pessoas têm capacidade para seguirem com autonomia ou ainda, quando os funcionários não se deixam relacionar, dominando a situação, que já é difícil pela escassez de recursos.

Esta última justificativa é a pior, pois demonstrou a ausência plena da consciência, da responsabilidade e do respeito, não só pelos superiores como também pelos

usuários, fato que provavelmente tenha relação direta com o poder concedido aos funcionários efetivos, fazendo com que os papéis sejam invertidos.

Sendo assim, o estilo liberal também não pode ser predominante, porque com isso, os resultados tornam-se arriscados e, dentro de uma instituição de saúde, não se poder arriscar com vidas. Portanto, o estilo liberal, dependendo do caso, deve estar acompanhado de uma observação para se alcançar maior segurança.

Pensando assim, tanto o estilo autocrático, quanto o liberal, apresentam desvantagens que influenciam na qualidade das funções fundamentais, principalmente da função coordenar, pois “o liberal já vira bagunça e o autocrático o pessoal já ficaria bravo com você” (31.39). A “bagunça” não leva a lugar algum e, a “irritação” dos sujeitos leva a resultados insatisfatórios.

Diante deste estilos de gerência/liderança, não há enfim, como classificar o hospital em apenas um, pois a situação e um conjunto de fatores, determinam qual modelo adotar. Isso acontece porque, para se alcançar o mesmo resultado de pessoas diferentes, a abordagem deve ser específica para cada um, com maior base no estilo adequado à humanização.

Sobre esse comentário acima, um gerente tático ressaltou que, na sua forma de gerenciar, há uma certa flexibilidade, pois ele muda o seu estilo com base na aceitação de seus funcionários. Já em outro setor operacional, foi percebido que o grupo é que segue o estilo adotado pelo gerente.

Neste sentido, a personalidade, a característica pessoal, tanto do líder, quanto do liderado, vai estabelecer as “regras” e o que seguir no órgão. Em ambos os casos, deve haver o equilíbrio e a consciência da missão institucional, para que o planejado seja concretizado com a integração e participação de todos.

E como foi citado, as habilidades gerenciais contribuem de forma considerável para o alcance da missão, sendo a **habilidade humana**, existente em todos os níveis gerenciais e relações, como também no estilo democrático, com a função de “motor condutor” dos processos.

É através desta habilidade humana tão presente no HU, embora com suas dificuldades, que o relacionamento e a integração acontece em busca do mesmo horizonte. E, a boa comunicação é a base para uma habilidade humana eficaz.

Porém, esta habilidade também é proporcional às características de personalidade que o indivíduo possui, como facilitadoras ou não de sua prática e, da abertura dos outros indivíduos dentro de uma relação, que geralmente ocorre no dia-a-dia e nas reuniões.

O desenvolvimento e a aprendizagem desta habilidade humana, acontece mais na prática, em que um gestor comenta que:

tentamos olhar cada um de acordo com a sua individualidade, com as suas paixões e quando me dirijo a cada um eu sei até onde posso chegar com eles e sei de que forma devo me interagir com ele para ter o resultado que eu quero, observando no que cada um pode contribuir mais (14.57).

Esta é a base para compreender cada ser humano, a fim de alcançar o melhor resultado e a maior satisfação de cada um e, dentro de uma instituição com tantas dificuldades como o HU, torna-se uma ferramenta importante para a sobrevivência.

No entanto, sente-se a necessidade de que esta habilidade seja praticada com mais profissionalismo, a fim de facilitar o gerenciamento dos conflitos existentes, pois o relacionamento humano é um dos elementos mais complexos para os gestores liderarem dentro deste hospital.

Tal fato negativo pode ser ilustrado com a seguinte afirmação:

A habilidade humana, na equipe de [...], todas as equipes que trabalham diariamente[...] e mesmo trabalhando muito esse lado, tem muito a desejar,

porque[...] quando uma equipe começa a trabalhar tem um relacionamento mais familiar, deixando de ser profissional[...]. Com os pacientes tem um bom relacionamento de humanização, mas entre eles é mais difícil, misturam muita coisa nessa convivência diária, pois eles vivem mais juntos do que com a própria família, dia-a-dia, final de semana. Então essa habilidade entre eles é que tem que ser moderada a toda hora, sempre tem que estar pontuando[...] (28.60).

Isso acontece porque embora existam cursos de relacionamento humano, com o passar dos dias, as pessoas se envolvem com as situações e emergências, acabando por esquecer o que foi vivido nos cursos realizados.

Por isso, as relações têm que ser trabalhadas constantemente, principalmente entre categorias profissionais que vivem em conflitos, uma vez que ninguém é dono da verdade e todos devem estar abertos a ouvir o outro e a respeitar a individualidade de cada um, pois que:

Tem momentos que perdemos um pouco o controle, discutimos de uma forma um pouco “torta”, mas depois acho que são valores fundamentais, a humildade nas pessoas, para reconhecermos que erramos, é difícil, ficamos mais na posição da defensiva[...] (21.58).

Esta afirmação vem elucidar como é difícil trabalhar a habilidade humana, pois depende de cada ser humano e também de um elevado profissionalismo, consciente de onde a empresa pretende chegar, por parte de todos os indivíduos, para se ter o discernimento diante dos eventos da rotina.

Devido a ausência desta consciência, que foi percebida principalmente em alguns funcionários, o gerente de um órgão operacional sentiu a necessidade de não se aproximar muito dos colaboradores para poder cobrar os serviços posteriormente, mas é uma atitude questionável quanto à sua viabilidade e quanto a existência de outros caminhos mais apazíveis.

Essa necessidade de indivíduos conscientes e ligados aos elementos essenciais do HU está relacionada ao controle das atividades, que os gerentes executam também com base na **habilidade técnica e conceitual**, que foram consideradas interdependentes por um

entrevistado, onde para se ter habilidade técnica, faz-se necessário ter um bom conhecimento teórico.

Entretanto, no HU há muitas especialidades, principalmente nas áreas de assistência, o que dificulta o conhecimento de todas as técnicas pelo gerente para poder exigir de seus colaboradores e, com isso, mais uma vez é a habilidade humana que vai atuar, nas reuniões em que o diálogo com diferentes especialistas, preenche a lacuna da habilidade técnica, para planejar e tomar as decisões necessárias para a área.

A habilidade conceitual pode ser considerada, conforme os gestores, como o conhecimento teórico que o gerente tem de sua área, sendo esta um suporte para a habilidade técnica, que em muitas ocasiões caminham juntas, em cursos e desenvolvimento dos indivíduos, só que mais direcionado à área assistencial, deixando a desejar quanto ao desenvolvimento de tais habilidades na área gerencial.

Desta forma, as habilidades gerenciais são aprendidas na prática, com risco de possíveis desvios e com resistência por parte de alguns gerentes que, mesmo encontrando dificuldades, não tem interesse de aprender, como ficou claro em alguns setores:

Estou nessa chefia porque o meu setor é pequeno, porque não gosto disso, o que eu gosto mesmo é de estar com o paciente, eu sou enfermeira assistencial. (18.51)

ninguém tem formação para ser chefe, não tem orientação, não tem curso[...] eu não me envolvo na parte administrativa, só na parte médica mesmo (19.9)

Se chegassem para mim dizendo para fazer um curso de gerenciamento de pessoal, de chefia, eu não quero. Prefiro ficar perto dos pacientes, dos médicos (19.41)

a nossa prioridade aqui dentro é atender o centro [...], o centro [...] e as unidades de internação, para que todos os pacientes sejam atendidos [...] se tiver que largar as coisas administrativas para atender a isso eu prefiro, porque os papéis eu resolvo depois [...](27.25)

A desmotivação e a desconsideração com a prática gerencial para estes profissionais assistenciais deixa claro a necessidade de se trabalhar a mentalidade dos gestores e a importância de tal posição, com capacitação adequada ou até de rever a questão de quem deve realmente ocupar o cargo.



As afirmações de um gerente estratégico ilustram que o cargo de chefia de alguns órgãos, voltados à assistência, são ocupados de acordo com a capacidade técnica que o sujeito possui em sua área de atuação e não de administração, fato que não lhe dá base para exercer tal atividade. Portanto, esta é uma capacitação distorcida e que precisa ser transformada e renovada em todo o contexto hospitalar.

Esta prática é lamentável, pois como já foi comentado, no decorrer da análise, tanto a área assistencial quanto a gerencial são imprescindíveis na instituição, mas esta visão ainda não é de alcance de todos os gestores da saúde, que acabam sacrificando e colocando em segundo plano sua atividade gerencial em prol da assistencial.

Apesar do hospital em geral caminhar sobre esta ótica, pode-se verificar que alguns gerentes tático já vem percebendo a necessidade de mudança e, principalmente uma categoria profissional, não só vem percebendo como também está buscando mudar essa realidade, a começar por ela.

E, esta diferença faz-se ilustrada nas considerações realizadas por dois gerentes táticos, quando enfocaram as habilidades técnica e conceitual:

[...]primeiro tu precisas entender um pouco de administração, tu tens que ser um pouco líder, ter a liderança e depois tu precisas conhecer o serviço do outro, porque se não conheceres o serviço do outro, não tens como cobrar, porque a pessoa sempre vai tomar conta de ti, não dá razão. (6.45)

E a questão técnica, são subsídios teóricos que devemos ter. Tu consegues ser um bom gerente se tu tiveres algum conhecimento de recursos humanos, até de algumas técnicas para lidar com as pessoas, como que tu conduzes uma reunião, alguns detalhes, de estar atualizado como profissional, num nível geral, de conhecimentos gerais, que servisse como uma referência às pessoas que vão buscar informações através de ti. (9.53)

Esta necessidade de conhecimentos administrativos passa a ter maior peso, quando se depara com as novas normas criadas pelo MS, na portaria nº 2.224 e 2.225, de 05 de dezembro de 2002, que classificam os hospitais em quatro tipos de porte, e para cada tipo existe uma exigência quanto aos diretores da instituição (Art. 1º) a saber:

Para hospitais de Porte I, o Diretor Geral deve ter nível superior e um curso de aperfeiçoamento em administração hospitalar (mínimo de 180 horas/aula) em uma Instituição de Ensino Superior reconhecida legalmente e, o Diretor Técnico deve ser um médico responsável pela boa assistência.

Em hospitais que se enquadram no Porte II, a exigência é de um Diretor Geral e de um Diretor Técnico como na primeira classificação, mas acrescenta-se a necessidade de um Diretor Administrativo com nível superior de preferência em administração hospitalar ou administração, com curso de aperfeiçoamento em administração hospitalar (mínimo de 180 horas/aula).

Já nos hospitais de Porte III, o Diretor Geral e o Diretor Técnico devem apresentar “experiência comprovada de dois anos na função gerencial em unidade hospitalar”, sendo que o Diretor Geral, deve ter uma especialização em administração hospitalar (mínimo de 360 horas/aula). Com relação ao Diretor Técnico, passa a ser necessário fazer tal curso de aperfeiçoamento em administração hospitalar (mínimo de 180 horas/aula) para atuar no cargo.

Na última classificação de hospitais, com Porte IV, o Diretor Geral, o Diretor Técnico e o Diretor Administrativo permanecem com a mesma necessidade de nível superior dos portes II e III, porém todos com curso de especialização em administração hospitalar (mínimo de 360 horas/aula), sendo o Diretor Geral e o Diretor Administrativo com experiência mínima comprovada de dois anos e, o Diretor Técnico com experiência mínima de um ano em função gerencial no hospital.

Diante destas exigências apenas o diretor que apresentar nível superior em administração hospitalar fica isento de fazer cursos de extensão e de especialização nesta área, como consta no § 3º do Art. 1º e, o prazo para que os hospitais se encaixem nestas normas da portaria 2.225 do MS é de até 31 de dezembro de 2004, para todos os hospitais (Art. 2º), sob

pena de serem desvinculados da prestação de serviços do SUS (§ 2º do Art. 3º) e de novos hospitais deixarem de ser cadastrados, caso não atendam tais disposições.

É evidente que existe um longo e árduo caminho a percorrer para conseguir mudar esta realidade do gerenciamento no HU, que se depara com as dificuldades que ele possui e pela mentalidade da maioria dos indivíduos, principalmente de gerentes que apenas ocupam um cargo gerencial, mas não atuam como tal.

Faz-se necessário refletir sobre tal problemática com seriedade e compromisso, o que parece estar começando por uma minoria, apesar de caminhar lentamente, devido às forças maiores.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo consolidado nesta dissertação sobre o gerenciamento do Hospital Universitário da UFSC, nos diferentes níveis hierárquicos, foi realizado com base no discurso dos gerentes entrevistados, enfocando as funções fundamentais da administração, tanto na prática quanto no Regimento Interno.

A exploração detalhada do tema, apoiada no processo metodológico escolhido pela pesquisadora, proporcionou uma riqueza de informações e reflexões sobre diferentes aspectos e visões. Porém, no decorrer da pesquisa, alguns fatores apresentaram-se como fortes influenciadores e até limitadores de situações e ações dos gestores, num âmbito geral.

Os elementos essenciais, por exemplo, considerados como: filosofia, missão, visão, finalidade e objetivos organizacionais, foram alguns dos principais responsáveis pela realidade identificada com relação a prática gerencial e assistencial, uma vez que não estão bem definidos e que são a base de sustentação de uma organização.

Iniciando pela filosofia do HU, percebe-se que sua definição está firmada em um dos valores presentes de forma acentuada na mentalidade das pessoas, que é a humanização. Mas, sua ênfase resume-se apenas na boa assistência.

O presente fato, emerge diretamente nos objetivos e finalidades do HU, que englobam a assistência e o ensino como compromisso a cumprir, ou seja, a missão que se tem para com a sociedade, mas que não se exerce com a mesma igualdade, já que o ensino é menos valorizado que a assistência e não há reconhecimento da importância da pesquisa ou produção de conhecimento ou tecnologias em saúde já que é um hospital-escola.

Com esse enfoque, a missão do HU está fazendo uma transição do ensino para a assistência e, conseqüentemente, o objetivo principal está ficando em segundo plano. Tais

mudanças, ocorrem com a influência de fatores externos que ao envolver a instituição, vão transformando seus objetivos imperceptivelmente, incluindo os demais objetivos de um HU.

E, como todos os elementos estão inter-relacionados, à partir do momento que um sofre desvios, acontece o mesmo com o outro. Por este motivo é que carece rever e relembrar constantemente o compromisso e a ação de cada membro da instituição perante a filosofia e demais elementos da organização, considerando as mudanças e necessidades desta e do ambiente que estão inseridos.

Entretanto, deve-se revê-los e construí-los, caso necessário, com a participação de todos os indivíduos para poder considerar e integrar os valores e interesses individuais aos coletivos, de forma plena, substantiva e instrumental.

Com isso, ao mesmo tempo que os indivíduos participam desta edificação, eles vão se conscientizando, quebrando conceitos distorcidos e, ao compreender tais conceitos de maneira renovada, terão capacidade de direcionar suas ações de forma coerente com a instituição. Porém, é um processo longo, que requer paciência e reaprendizagem, uma vez que, mudanças sempre geram resistências.

A escassez de recursos financeiros, materiais e a falta de colaboradores, de capacitação profissional, bem como os diferentes pensamentos e valores defendidos por cada indivíduo, também foram fatores limitadores de importância, apontados nas categorias temática da análise de conteúdo, o que exige uma dedicação excessiva de todos na instituição, comprometendo as práticas gerenciais.

Diante do exposto como principais influenciadores na prática gerencial, o resultado que se tem é de uma administração que se restringe a cuidar de situações emergenciais, “apagando incêndios” de forma doméstica. E, apesar desta realidade não

agradar a todos, visto que alguns sentem necessidade de mudança, ainda não encontraram meios para sair dessa conjuntura.

Destarte, ao interpretar as funções gerenciais contidas no Regimento Interno do HU da UFSC, percebeu-se que as funções gerenciais estão destacadas em linhas gerais, para que cada área tenha flexibilidade em adaptá-las às suas especialidades, o que foi encarado como vantagem, considerando a diversidade de órgãos com características peculiares e as dificuldades deparadas no contexto hospitalar.

O problema é que a maioria dos dirigentes não têm oportunidade de observar suas funções no Regimento para com sua “capacitação gerencial”, adaptar suas ações da melhor maneira no dia-a-dia, o que leva a um contínuo “apagar incêndios”, e este, a um ininterrupto desconhecimento de tal documento normativo, por exigir maior atenção do gestor.

Com isso, o risco de haver distorções nas funções administrativas e nas atividades em geral aumenta, o que parece ser amenizado caso fique registrado dentro do Regimento e na mentalidade dos indivíduos, qual a filosofia, a missão e os demais elementos do HU, adicionados a um desenvolvimento prático e contínuo destas funções, uma vez que tais elementos, de alguma maneira estão implícitos nas funções inscritas para cada cargo de chefia. Porém, pela ausência de clareza, fica difícil detectá-los.

Nesta primeira etapa da análise, as categorias temática construídas demonstrou estar relacionadas o que permite uma gama de variadas relações e reflexões, da qual foram destacadas apenas algumas.

No caso da hierarquia de cargos e funções que compõem o Regimento Interno e, que se encontra ilustrada no organograma, evidenciam que sua prática não segue a lógica da

formalidade, por não ter realizado as reestruturações necessárias ao acompanhamento das mudanças do ambiente interno e externo.

Em contrapartida, há de uma forma geral, a coerência entre os cargos, visto que se respeita a hierarquia vigente, para que se tenha boa comunicação, apesar de tornar o processo mais lento e de não ser realizado em todas as situações e/ou órgãos.

Além disso, a descrição dos pré-requisitos para ocupar os cargos estão formatados de um modo que reduz as possibilidades de serem ocupados por pessoas adequadas ao mesmo, principalmente por serem nomeados, sem averiguar as devidas competências, limitando a participação do coletivo e gerando insatisfações que afetam a prática gerencial, já que o candidato se vê na obrigação de aceitar, por não existir outro que esteja apto ao cargo.

A partir daí, algumas conseqüências são cultivadas, como a desmotivação no exercício da gestão e a falta de integração dos demais indivíduos, limitados de participarem e de exporem suas opiniões e idéias através da eleição de seu representante imediato, além de outras conseqüências, finalizando na realização dos objetivos organizacionais com lacunas e o não cumprimento da humanização de forma real.

Entretanto, entre os cargos e atribuições percebe-se a coerência, com base na composição que se apresenta e na filosofia de humanização, mas que se restringe em prestar uma assistência de qualidade, como já se comentou e que é um dos objetivos do HU. Dentro desta limitação, cada um sabe a tarefa que lhe cabe, porém de maneira parcial.

A assistência é que move a maioria das ações, fazendo com que os cargos sejam coerentes com esta finalidade e, incoerente com a prática gerencial e com a outra finalidade, a de formar profissionais de saúde, fatores que deveriam se complementar e serem

realmente, harmoniosos, pois são relevantes e necessários para se alcançar os objetivos e manter a sobrevivência da instituição.

Sente-se com isso, uma grande necessidade de trabalhar os valores pré-concebidos dos indivíduos a respeito da gerência hospitalar, para que isso comece a mudar, como já se percebe em uma das áreas profissionais, de maneira que, a função de chefe tenha seu valor e seja levada a sério, com a responsabilidade efetiva e compromissada.

No caso da abrangência das funções gerenciais, também continua a ser aderido apenas com o objetivo assistencial, fato que é negativo, pois em um hospital-escola, o foco principal deveria ser dado ao ensino e à pesquisa, à formação de profissionais de saúde capacitados, sem deixar de lado os direitos e a cidadania dos usuários.

A abrangência das funções, dentro de suas possibilidades encontram-se coerentes com os cargos, visto que as preocupações de cada nível hierárquico abrange as funções conforme o grau que compete ao nível, fato que também as delimitam, apesar de existir uma certa flexibilidade, merecendo tomar cuidado para que não aconteça choque entre as atividades de cada área.

Assim, uma das sugestões para melhor delimitar as funções de cada setor, a fim de uma não influenciar/interferir na outra, seria a formalização do que compete a quem, o mais aproximado possível da prática, levantadas com a participação de todos os indivíduos de cada órgão envolvido. Ou seja, uma análise de cargos e funções.

Ao buscar identificar as funções gerenciais realizadas no HU, sobre o olhar dos gestores entrevistados, foi possível perceber que num sentido geral, cada área planeja, organiza, controla, enfim, efetua as funções fundamentais, conforme suas especialidades, oferecendo originalidade a cada setor. Especialidades estas que, dependendo do caso, também dispensam a realização das funções.



Observou-se também que em todas as ações, a tomada de decisão está presente, mas apoiada na intuição do gestor, que atua por “tentativa e erro”, uma vez que não possuem uma capacitação gerencial adequada, nem ferramentas administrativas e, muito menos recursos adequados à maioria das situações.

O aprendizado gerencial, desta forma, ocorre com a prática, o que compromete os resultados e sobrecarregam os gestores, gerando amplos desgastes e esforços que poderiam ser evitados.

O processo administrativo é construído com estas peculiaridades não só pela escassez de recursos, mas também, por consequência dos valores maximizados da assistência, como já foi citado, deixando a desejar quanto aos resultados de cada função gerencial.

Com base na teoria, as funções fundamentais da prática gerencial classificam-se de acordo com o nível hierárquico. Todavia, na estrutura hospitalar, as classificações listadas foram encontradas nos diferentes níveis, distribuídas de maneira disforme à teoria fundamentada, o que reforçou mais uma vez a disposição destas funções em uma prática doméstica e intuitiva, pela falta de planejamento antecipado.

Em vista de tal prática, os gerentes puderam ser classificados sobre duas formas: aquele que sabe ou procura realizar o processo administrativo, embora apenas na prática, estando interessado, porém tolhido pelo sistema; e aquele que não sabe e não busca aprender, dando apenas “um jeitinho” nas funções.

O HU com sua complexidade, seus órgãos e peculiaridades, permitiu a realização das funções em graus diferentes, desde a prática delas à sua inexistência. Sendo assim, focos isolados destacaram órgãos com todas as funções fundamentais realizadas e outros, fizeram-se totalmente órfãos de tal prática e muito mais de seu conhecimento teórico.

Por este motivo, dentro do possível, acontece o planejamento, mas nem sempre chega ao seu estágio final e nem sempre tem condições de ser iniciado, e com isso, os gestores limitam-se a uma prática fundada em resolver atividades rotineiras.

O que acontece então é um processo cíclico, pois não planejando, não se efetiva plenamente as demais funções, fixando-se às emergências e, atendo-se às emergências, não se planeja. Tudo isso torna-se acentuado se associado à não capacitação e formação gerencial dos gestores de saúde.

As funções fundamentais permitem diferentes relações entre elas, podendo ser dinâmica, cíclica e até simultânea, mas predomina o fato do planejamento ser base para as demais funções, principalmente porque é no planejamento que se traçam os objetivos, alicerçados na filosofia e missão institucional, que deve estar coerente em todo o hospital.

Um dos caminhos para isso é planejar com a participação de todos para se obter melhores resultados. Faz-se necessário, portanto, transpor uma gerência realmente democrática, com as decisões sendo tomadas pelo coletivo, gerando um compromisso e não apenas a obediência de ordens.

E, sobre este enfoque, a função coordenar aparece como a mais adequada e predominante, pois há uma relação muito forte tal estilo democrático e com a habilidade humana, capazes de proporcionar um ambiente favorável à participação/integração, tão necessárias dentro do HU.

Apesar destes elementos serem predominantes, os outros estilos, habilidades e funções também existem, porém como uma alternativa secundária, que são utilizadas conforme as pessoas, seus valores, objetivos pretendidos e principalmente a situação.

O controle, por exemplo, é utilizado pelos gestores não para corrigir desvios do que foi planejado, mas justamente pela falta deste, na tentativa de não deixar “o barco” tão

solto, vulneráveis à surpresas muito desagradáveis e também, para preencher lacunas oriundas da escassez de trabalhadores e do despreparo dos que estão disponíveis no hospital. Porém, a aceitação do controle depende diretamente do estilo gerencial adotado e da forma que se coordena o fato.

A organização existe mais na classificação de operacional, ou seja, de organização de atividades diárias, estando presentes nos três níveis, pois em todos estes, seus dirigentes executam pequenas tarefas do seu setor.

Já a função dirigir, demonstrou a presença de conflitos de “poder-sobre”, ou seja, de dominação de um indivíduo ou grupo sobre outro, na busca de seus interesses pessoais, como argumenta Follett (1997). Tal fato passa-se tanto dos gestores sobre os funcionários, como também dos funcionários efetivos sobre seus superiores, dentre outras manifestações de poder e autoridade.

Isso não combina com o HU, que tem a humanização como valor e filosofia, pois não se pode administrar dominando pessoas. Em um ambiente com estas características, o ideal seria mais uma vez o que Follett (1997) descreve, gerenciar situações, deixando que esta influencie o indivíduo a realizar a atividade em questão.

Para isso, nada mais adequado que o coordenar, entre as funções fundamentais ilustradas, em que se faz com uma relação mais comedida, sobre uma liderança flexível. Deve estar sempre claro que esta função envolve todos os sujeitos e não apenas o líder, fazendo com que a humanização e a integração seja apenas um discurso e/ou caminho para interesses exclusivamente individuais e utilitários.

O estímulo, neste caso deve ser para despertar nos indivíduos a criatividade e a integração plena, valorizando suas opiniões e interesses, através da participação nas decisões,

uma vez que o papel do gestor se equipara a um fomentador das potencialidades dos trabalhadores da instituição.

Sendo assim, o trabalhador tem o direito de influenciar nas decisões e construções desta. Tal fato, não faz o gerente perder seu espaço, mas ao contrário, reveste-se do poder que vem do grupo, conquistando resultados mais satisfatórios e pessoas motivadas.

Enfim, o desenvolvimento gerencial é contínuo em qualquer organização, sendo uma eterna construção coletiva, caracterizando as funções gerenciais e a participação dos indivíduos de acordo com o cenário e seus atores, que buscam suprir a necessidade de estabelecer um processo de aprendizagem, para se ter uma competência instituída.

As funções gerenciais do HU e seus dirigentes carecem fundar esse processo de aprendizagem, revendo valores e conceitos pré-concebidos, fundamentados na filosofia plena e na missão efetiva.

Sobretudo, faz-se necessário trabalhar tais conceitos com todos os membros da instituição que, estando em harmonia, podem juntos percorrer caminhos que solucionem ou que ao menos amenizem os problemas acarretados pela insuficiência de recursos materiais e financeiros.

E, neste íterim, com os resultados da pesquisa tornou-se saliente e instigante a quem interessar possa, buscar novos horizontes à partir do exposto, tanto na prática gerencial da área de saúde, quanto na formatação de cursos de administração voltados a organizações de saúde.

## **7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO**

Apesar dos resultados positivos, algumas dificuldades foram encontradas no decorrer deste estudo e, uma das que se destacaram foi o fator tempo, que se apresentou limitado ao universo de dados, ricos em informações que possibilitaram inúmeras relações, reflexões e conclusões sobre um mesmo fato.

O elevado número de unidades, com distintas especialidades, com disparidade de pensamentos e olhares, descritos pelos discursos dos gerentes, também foi uma das dificuldades deparadas, uma vez que estas características induziram a diferentes enfoques/peculiaridades no processo administrativo.

Todavia, o tema e o desenvolvimento do estudo, instigou à pensar em novos caminhos a percorrer e que se apresentam como recomendações para estudos posteriores:

- analisar como o estilo gerencial influencia no gerenciamento de uma instituição de saúde e que relação a complexidade institucional pode ter na escolha do estilo gerencial adequado;
- examinar as funções gerenciais em um hospital especializado e, em um geral, para perceber se a complexidade oriunda das especialidades influenciam na prática destas funções;
- Realizar um estudo comparativo de uma instituição de saúde pública com uma privada, no intuito de verificar como é a prática das funções gerenciais, semelhanças e diferenças, vantagens e desvantagens;
- Fazer um estudo baseado nas funções gerenciais, observando o que fazem os gerentes em seus respectivos níveis hierárquicos;

- Estudar meios de promover a conscientização dos indivíduos com relação à filosofia, missão, visão, objetivos e finalidades do HU da UFSC, figurando um novo modo de pensar que faça analogia entre a gerência e a assistência, estabelecendo sua relevância na mentalidade de todos os sujeitos do hospital, bem como, esclarecendo a importância dos objetivos considerados pertinentes a um Hospital Universitário;
- Realizar um estudo com proposta de um novo modelo do Regimento Interno, com inserção de Artigos que defina a filosofia, a missão e a visão do HU/UFSC, que reestruture os Artigos com base em tais definições, principalmente os Artigos referente à descrição dos pré-requisitos para ocupar o cargo de gerentes e os de suas competência, bem como uma nova reestruturação dos cargos do organograma;
- Inserir na prática gerencial, como pré-requisito e meta a alcançar, a capacitação/desenvolvimento em gestão hospitalar, com um processo contínuo de aprendizagem, para os indivíduos que assumir os cargos de gerência oferecidos pela instituição;
- Estudar modelos de gestão que melhor se adapte à administração de conflitos e recursos disponíveis e/ou que promovam a humanização efetiva em todo o âmbito hospitalar do HU/UFSC, do gerenciamento administrativo à assistência, com o apoio de uma participação/integração plena dos indivíduos;
- Refletir formas de estabelecer a responsabilidade coletiva e a integração, citadas por Follett, em todo o âmbito hospitalar;
- Averiguar se os currículos de cursos de graduação e de especialização em administração, voltados à organizações de saúde, atendem às necessidades destas, possibilitando uma formatação em tais currículos, caso necessário.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

ANDRÉ, Marli E. D. A.; LÜDKE, Menga. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

BARBOSA, Pedro; LAMY, Yves. A função do diretor hospitalar. In: CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrik; GRABOIS, Victor. **Gestão hospitalar: um desafio para o Hospital Brasileiro**. Brasil/França: Éditions ENSP, 1995. cap. VIII, p. 133-149.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUMGRATZ, Delcides de Oliveira; BRAGANÇA, José Celso; AMORIM, Augusto Alves. **Hospital e seus instrumentos administrativos**. Belo Horizonte: INGRABRAS – Indústria Gráfica Brasileira, Ltda. 1972.

BRASIL. Portaria nº 2.224, de 05 de dezembro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 dez. 2002. Seção 1, p. 37/38.

BRASIL. Portaria nº 2.225, de 05 de dezembro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 dez. 2002. Seção 1, p. 38.

BEDER, Sharon. **Avaliando a Terra: Equidade, Desenvolvimento Sustentável e Economia do Ambiente**. Disponível em: < [http://resistir.info/ambiente/custo\\_da\\_terra.html](http://resistir.info/ambiente/custo_da_terra.html)>. Acesso em: 19 abr. 2003.

BLAKE, Robert R.; MOUTON, Jane S. **O novo grid gerencial**. 3. ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1986.

BENNIS, Warren. **A invenção de uma vida**. Rio de Janeiro: Campus; São Paulo: Publifolha, 1999.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. **Liderança: administração do sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.

BIO, Sérgio Rodrigues. **Sistemas de informação: um enfoque gerencial**. São Paulo: Atlas, 1985.

BOTELHO, Eduardo Ferreira. **Do gerente ao líder: a evolução do profissional**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

CAPE, Azinei. **Gerência: conceitos e funções**. 2000. mimeo.

CARAVANTES, Geraldo R. **Recursos humanos: estratégias para o terceiro milênio**. Porto Alegre: Age, 1993.

CARVALHO, Maria do Socorro Macedo Vieira de. Desenvolvimento gerencial no setor público: velhas questões e novos desafios. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 29. out./dez. 1995.

CASTELAR, Rosa Maria. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, Rosa Maria, MORDELET, Patrik, GRABOIS, Victor. **Gestão hospitalar: um desafio para o Hospital Brasileiro**. Brasil/França: Éditions ENSP, 1995. cap. II, p. 38-49.

CERQUEIRA, Sebastião Ailton da Rosa. **Estudo da função extensionista e assistencial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina na percepção atual da direção**. Florianópolis, 1996. 106p. Dissertação (mestrado). UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

COHN, Amélia; et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA, Maristela Turati. **Concepções dos executivos de recursos humanos sobre o desenvolvimento gerencial e desenvolvimento de recursos humanos: um estudo de multicase**. Florianópolis, 1993. Dissertação (mestrado). UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

COSTA, Sérgio Amad. **Novas formas de gerenciar empresas**. Disponível em: <<http://www.techoje.com.br>>. Acesso em: 16 nov. 1999.

DRUCKER, Peter F. **O Gerente eficaz**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

\_\_\_\_\_. **Sociedade pós-capitalista**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; PINHEIRO, Patrícia I. Gonçalves. **Gerenciamento do cuidado em enfermagem: questionando estratégias**. Cogitare Enfermagem, [Florianópolis], v.3, n. 1, p. 89-96, jan./jun. 1998.

ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. **A natureza do trabalho do executivo: uma investigação sobre as atividades racionalizadoras do responsável pelo processo produtivo em empresas de médio porte**. Florianópolis, 1995. 272p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

FARIA, Eliana Marília. Comunicação e Informação: Instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem: Recriando Instrumentos para o processo de trabalho de Enfermagem**, [Florianópolis], v. 4, n. 1, p. 47-59, jan./ jun. de 1995.



FARIA, José Henrique de. **O autoritarismo nas organizações**. Curitiba: Edições/FAG, 1985.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário aurélio básico de língua portuguesa**. São Paulo: Folha de São Paulo, 1995.

FOLLETT, Mary Parker. **Profeta do gerenciamento**. Rio de Janeiro: Qualitmark, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Grall Ltda., 1993.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1980.

FRANÇA, Susete Barboza. A presença do Estado no Setor de Saúde no Brasil. **RSP – Revista do Serviço Público**, [São Paulo], ano 49, n. 3, p. 85-99, jul./set. 1998.

GERGES, Márcia C.; PROENÇA, Rossana P. da Costa; CUNHA, Cristiano J. C. A. Estratégias Competitivas em Organizações Públicas: O caso do Hospital da UFSC. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 137-153, abr./jun. de 1995.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GRABOIS, Victor. A implantação das técnicas de organização e de gestão. In: CASTELAR, Rosa Maria, MORDELET, Patrik, GRABOIS, Victor. **Gestão hospitalar: um desafio para o Hospital Brasileiro**. Brasil/França: Éditions ENSP, 1995. cap. IV, p. 80-84.

HATAKEYAMA, Yioshio. **A Revolução dos gerentes**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni. Escola de Engenharia da UFMG, 1995.

HERSEY, Paul; BLANCHARD, Kenneth H. **Psicologia para administradores: A teoria e as Técnicas da Liderança Situacional**. São Paulo: EPU, 1986.

Hospital Universitário. **Organograma do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, Santa Catarina, 1992.

Hospital Universitário. **Regimento interno do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis, Santa Catarina, 1992. 21p.

JOHNSON, Alton C; SCHULZ, Rockwell. **Administração de hospitais**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1979.

KWASNICKA, Eunice Laçava. **Introdução a administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LANDMANN, Jayme. **A outra face da medicina**: um estudo sobre as ideologias médicas. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

LEARTH, Teresinha. Globalização da economia e direito do trabalho – impactos e desafios. Disponível em: [< <http://www.quality.nist.gov> >]. Acesso em: 12 dez. 2002.

LIMA, Sheyla Maria Lemos. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 30, p. 101-135, set./out. de 1996.

**Manual de acreditação de hospitais para América-Latina e Caribe**. Federação Latino-Americana de hospitais: Suprimentos & Serviços, 1998.

MATOS, Francisco Gomes de. **Gerência participativa – gerência hoje**: como obter a cooperação espontânea da equipe e desburocratizar a empresa. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1979.

\_\_\_\_\_. **Gerência participativa**. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1980.

MATOS, Francisco Gomes de. **Como obter a cooperação espontânea da equipe e desburocratizar a empresa**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1979.

\_\_\_\_\_. Francisco Gomes de. **Estratégia de empresa**. São Paulo: Makron Books, 1993.

MÁTTAR NETO, João Augusto. **Filosofia e administração**. São Paulo: Makron Books, 1997.

MENDONÇA, Paulo Sérgio Miranda. **Contribuições ao estudo do marketing de idéias**: um estudo de caso no Programa Nacional de Conservação de Energia Elétrica (PROCEL). São Paulo/SP, 1998. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo.

MEZOMO, João C. **Hospital humanizado**. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1979.

MICKLETHWAIT, John; WOOLDRIDGE, Adrian. **O futuro perfeito**: os desafios e as armadilhas da globalização. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MÜLLER, Claus. Estimule o desenvolvimento pessoal do seu empregado. **Folha Managment**, v. 1, n. 6, set. de 1995.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NETO, Gonzalo Verina; TERRA, Valéria. A universidade e a formação de recursos humanos na gestão de saúde. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 185-194, mar./abr. de 1998.

**Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34p.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

PENTEADO, José Roberto Whitaker. **Técnicas de Chefia e Liderança**. São Paulo: Pioneira, 1986.

PEREIRA, C. A política pública como caixa de pandorra: organização de interesses, processo decisório e feitos perversos na reforma sanitária brasileira – 1985 – 1989. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 423-477, 1996.

PEREIRA, Maurício Fernandes. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 83-96, jul./set. 2000.

POLAK, Ymiracy N. de Souza; MANTOVANI, Maria de Fátima; CANALI, Juliana Fátima. Cuidado domiciliar e o processo de redefinição da identidade do adulto em CAPD. **Revista do Departamento de Enfermagem da UFPR**, [Curitiba], v. 3, n. 1, p. 89-96, jan./mar. de 1998.

POLETTTO, Denise Sai. **Liderança integrativa na enfermagem**. Passo Fundo: EDIUPF, 1999.

RAMOS, Alberto Guerreiro. **A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações**. Rio de Janeiro: editora da Fundação Getulio Vargas, 1981.

RÉGIS, Rachel. Operação segura. **SERHUMANO: A Revista dos gestores de recursos humanos**. São Paulo: Segmento, ano XXXII, n. 134, p. 20-21, jul. de 1998.

RIBEIRO, Augusta Barbosa de C. **Administração de pessoal nos hospitais**. 2. ed. São Paulo: Ltda & Fename, 1977.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Saúde e Planejamento: novos paradigmas. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, mar./abr. 1998.

RODRIGUES, Renato. A hora e a vez do líder. **Revista Melhor: Vida e Trabalho**, n. 153, p. 28 e 29, fev. 2000.

RODRIGUES FILHO, José. A crise gerencial no sistema de saúde. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 65-75, out./dez. 1994.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

SANCHES, Osvaldo Maldonado. Estratégias para a implantação e gerência de sistemas de informação de apoio à tomada de decisões. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 31, p. 69, jul./ago. de 1997.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A editora, 1999.

SÃO TIAGO, Polydoro Ernani de. **Promovendo saúde & ensino: Hospital Universitário de Santa Catarina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1983.

SELEME, Acyr. **Tecnologia e poder em organizações hospitalares: O caso do HGCR**. Florianópolis, 1988. Dissertação (mestrado). UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

SENGE, Peter M. **A quinta disciplina**. São Paulo: Best Seller, 1990.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SHINYASHIKI, Roberto. Talento humano: o diferencial do profissional de sucesso. In: **VIII Seminário de Recursos Humanos**. Florianópolis: CRA/ SC, CAD, CPGA UFSC, FEPESE e ABRH/SC, 2000.

SILVA, Ethel Cristina Chiari; SACOMANO, José Benedito. Implantação de kanban como técnica auxiliar do planejamento e controle da produção: um estudo de caso em fábrica de médio porte. **Revista do Departamento de Engenharia de Produção**, v. 2, n. 1, p. 59-69, abr. de 1995.

**Sistema único de saúde: legislação básica**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2002.

SIQUEIRA, Aléxis Cavicchini Teixeira de. Globalização: riscos e oportunidades para empresas brasileiras. In: V Congresso Panamericano de Administração, 5., Florianópolis: **Resumos**. Florianópolis: CRA/MG e CRA/SC, 1999.

SIQUEIRA, Hedi Crecência Heckler de. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar – um novo modo de pensar**. Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado em

Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2001. Área de Concentração: Filosofia em Enfermagem e Saúde. 272 p.

SOUZA, Francisco José Mendonça. **Ação administrativa integrada**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1985.

TOLOVI JR., José. Paradigmas da administração. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 58-60, maio./jun. de 1995.

TORO RESTREPO, Julio Ernesto. **Hospital & empresa**. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul, 2000.

TREECE, Eleanor Walters; TREECE, James William Jr. **Elements of research in nursing**. 2. ed. Saint Louis: C.V, 1977.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília: UnB, 1988.

VIEIRA, Adriane. **A qualidade de vida no trabalho e o controle da qualidade total**. Florianópolis: Insular, 1996.

YIN, Roberto K. **Case study research: design and methods**. vol 5, Califórnia-USA: Sage Publications, 1987.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Guia de Entrevista

1. O(a) senhor(a) conhece as funções gerenciais que estão contidas na administração e as que têm no Regimento Interno do Hospital Universitário da UFSC? Comente.
2. Que experiência o(a) senhor(a) tem com as funções do Regimento Interno, ou seja, como é a prática dessas funções do Regimento Interno?
3. Que relação sócio-política, semelhanças e diferenças, lacunas e resistência à mudanças podem existir entre as funções gerenciais inscritas no regimento interno do HU e no seu exercício profissional?
4. Que atividades(funções) são realizadas pelo(a) senhor(a) e o que é feito para melhor segui-las?
5. Tem alguma função mais predominante que outra?
6. Como estas funções estão distribuídas, com relação aos demais níveis em sua prática, na busca da melhor integração de cada função com o todo (com cada divisão, com cada diretoria, etc[...])?
7. O que é feito para melhorar a prática das funções gerenciais no seu setor e como são trabalhadas para otimizar as decisões que surgem?
8. Há atualização dos conhecimentos para uma melhoria contínua das funções?
9. Em atividades que dependem do seu setor e de outros, como é trabalhada a imparcialidade nas decisões gerenciais?
10. Suas funções gerenciais podem ser englobadas em alguma função fundamental da administração: Planejar, Organizar ou Controlar? Comente.
11. O(a) senhor(a) conhece os estilos gerenciais, estabelecidos pela administração?
12. Que estilo gerencial é seguido em seu dia-a-dia?
13. O estilo de gerência seguido é baseado no quê? (situação, personalidade dos sujeitos – gerentes e subordinados, estrutura do hospital, um conjunto de fatores ou todos).
14. O meio externo vive em constante mutação, obrigando as organizações saírem da neutralidade e o Hospital Universitário não deve ser diferente. Como que esse meio afeta as funções gerenciais deste Hospital Universitário? (greve, recursos financeiros, globalização).
15. A habilidade humana, conceitual e técnica existem em todos os níveis gerenciais sendo trabalhadas de acordo com as funções. Neste setor, como é trabalhada tais habilidades e em que proporção? Há uma interdependência entre elas? Comente.

**ANEXO B – Requerimento para Circulação e Coleta de Dados no HU da UFSC**

Ofício n 01/01. Florianópolis, 06 de janeiro de 2002.

Ementa: Solicitação de Circulação e Coleta de dados no Hospital Universitário de Santa Catarina.

Ilmo Diretor Dr. Fernando Osni de Machado,

Eu, **Fabiana dos Santos Pereira**, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Administração – Mestrado – da Universidade Federal de Santa Catarina, venho por meio deste solicitar à V. Sa., a sua permissão para circular dentro do Hospital Universitário desta instituição, a fim de coletar dados, objetivando desenvolver o meu projeto acadêmico, que se encontra em anexo e que com as devidas complementações se constituirá em projeto de dissertação para conclusão do mestrado, deixando uma simbólica contribuição à sociedade. Cabe ressaltar que a presente solicitação é de extrema relevância para o posterior encaminhamento do processo de aprovação, realizado pela Comissão de Ética.

Certa de sua prestimosa atenção, agradeço antecipadamente.

Fabiana dos Santos Pereira  
Mestranda do CPGA/UFSC

Com a anuência de minha orientadora

Profª Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.



## ANEXO C – Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa: CARACTERÍSTICAS DE GERÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA					
2. Área de Conhecimento (Ver relação no verso): ADMINISTRAÇÃO		3. Código: 6.02		4. Nível: (Só áreas do conhecimento 2 a 4):	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso):		6. Código(s):		7. Fase: (Só área temática 3) I( ) II( ) III( ) IV( )	
8. Unitermos: (3 opções)					
SUJEITOS DA PESQUISA					
9. Número de sujeitos No Centro: Total: 30-40		10. Grupos Especiais: <18 anos( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião/Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes, Militares, presidiários, etc. ) ( ) Outros ( ) Não se aplica ( )			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL					
11. Nome: ALACOQUE LORENZINI ERDMANN					
12. Identidade: 1/R 122198		13. CPF.: 180.529.320-68		19. Endereço (Rua, n.º): R. FREI CANECA, 20. AP 501-B	
14. Nacionalidade: BRASILEIRA		15. Profissão: PROF. ESSORA UNIVERSITÁRIA		20. CEP: 88.025-000 21. Cidade: FLORIANÓPOLIS 22. U.F. SC	
16. Maior Titulação: GRADUAÇÃO		17. Cargo: PROFESSORA TITULAR		23. Fone: (048) 331-9480 24. Fax: (048) 331-9787	
18. Instituição a que pertence: UFSC				25. E-mail: alacoque@newsite.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima					
Data: ____/____/____		Prof. Newton Marques da Silva Diretor Geral em Exercício HU/UFSC		Assinatura	
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO					
26. Nome: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC		29. Endereço (Rua, n.º): TRINDADE, CAMPUS UNIVERSITÁRIO, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.			
27. Unidade/Órgão: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		30. CEP: 88.040-970		31. Cidade: FLORIANÓPOLIS 32. U.F. SC	
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (X)		33. Fone: (048) 331-9100		34. Fax.: (048) 234-3010	
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (X) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)					
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____		Cargo: _____			
Data: ____/____/____		Prof. Fernando Osni Machado Diretor Geral HU-UFSC			
PATROCINADOR					
36. Nome:		39. Endereço:			
37. Responsável:		40. CEP:		41. Cidade: 42. U.F.	
38. Cargo/Função		43. Fone:		44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP					
45. Data de Entrada: 16/05/2001		46. Registro no CEP: 087/2001		47. Conclusão: Aprovado (X) 48. Não Aprovado ( )	
		Data: 27/08/2001		Data: ____/____/____	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: 30/06/2002 Data: ____/____/____					
Encaminho a CONEP:					
50. Os dados acima para registro (X)		51. O projeto para apreciação ( )		53. Coordenador Nome: Prof. Márcia Margaret Meneses Pizzichelli	
52. Data: 27/08/2001		Assinatura		Anexar o parecer substanciado	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP					
54. Nº Expediente:		56. Data Recebimento:		57. Registro no CONEP:	
55. Processo:					
58. Observações:					

## ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Meu nome é Fabiana dos Santos Pereira e estou desenvolvendo a pesquisa **Características de Gerência no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**, com o objetivo conhecer as características das gerências do Hospital Universitário da UFSC, nos diferentes níveis (estratégico, operacional e tático); verificar o grau de domínio das habilidades conceitual, humana e técnica nos níveis gerenciais (alto, médio e baixo); avaliar até que ponto os administradores planejam, organizam e controlam a organização hospitalar, isto é, exercem as funções fundamentais da administração. Este estudo é necessário porque pode contribuir para a gestão e o conhecimento das estratégias gerenciais no Hospital Universitário, verificando até que ponto desencadearão novos estilos de gerência em busca do progresso, dentro dos níveis estratégico, operacional e tático, além de alimentar a formação dos cursos de administração dando feedback à academia sobre o que ensinar nas especializações ou ainda a criação de uma nova disciplina na grade curricular de graduação, esperando contribuir também com a literatura escassa do assunto, sendo realizada uma pesquisa exploratória, com entrevistas, questionários, observações não-participante (documentação direta) e análise de dados. Isto não trará riscos e desconfortos, mas esperamos que traga oportunidade de agregação de novos elementos ao conhecimento, pertinentes à prática e ao debate teórico da Administração Hospitalar. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo e não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 233-4335. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas (ou material coletado) serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Fabiana dos Santos Pereira  
Mestranda

Prof. Alacoque Lorenzini Erdman, Dr<sup>a</sup>  
Orientadora

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa **Características de Gerência no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2001.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Assinatura do Entrevistado

## ANEXO E - Requerimento para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

#### REQUERIMENTO PARA PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA **COM SERES HUMANOS**

*(Este formulário deve ser datilografado ou preenchido no computador. Antes de preencher este formulário consulte as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº196 de 10/10/96 e nº 251 de 07/08/97)*

*Para uso da Secretaria do Comitê de Ética:*

**Projeto #**

**Revisor#**

**Data de entrada**

#### **A. INFORMAÇÃO GERAL:**

##### **1) TÍTULO DO PROJETO:**

CARACTERÍSTICAS DE GERÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

2) PESQUISADOR PRINCIPAL: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

3) Data proposta para início: 30/09/2001                      Término: 28/02/2002

4) Indique onde a pesquisa será conduzida:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

5) Este requerimento já foi apreciado por outro Comitê de Ética? [ ] SIM      [X] NÃO

6) **Suporte financeiro (assinale apenas um):**

<b>Submetido</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Data</b>
<b>Financiamento recebido</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Data</b>
<b>Nenhum</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Data</b>
<b>Outros</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Data</b>

## **B. PARTE I: BREVE SUMÁRIO DA PESQUISA PROPOSTA PARA QUE POSSA SER APRECIADA POR PESSOAS LEIGAS E PELO COMITÊ DE ÉTICA**

Como se pode verificar, o mercado capitalista de forma global, tendo as organizações como principais sujeitas deste sistema, faz com que as relações, desde a compra e venda de mercadorias até a demanda de serviços, estejam em constante mutação, buscando atender as necessidades e desejos do ser humano, que a cada momento varia de acordo com os estímulos criados pelas próprias organizações que buscam evoluir e despontar mediante o mercado de grande concorrência. Partindo deste pressuposto, percebe-se que as organizações de saúde também se deparam com essa realidade, que pode ser maior visualizada em organizações hospitalares públicos que estão em condições precárias, desde os recursos financeiros aos recursos humanos.

Surge a preocupação então, de verificar como estão as instituições hospitalares e seus dirigentes frente a mudança global, pois percebe-se que existe uma falta de investimento na qualificação do profissional de saúde, principalmente do gerente hospitalar, que deve ter uma boa desenvoltura, contando com o apoio de uma equipe que colabore no alcance das metas. Como o gerente está sendo valorizado pelo potencial que possui de crescimento e mudança no futuro, com ênfase numa auto-reforma para um gerente inovador e criativo tem-se a necessidade de conhecer o estilo de gerência que se aplica a determinada pessoa, organização ou situação, capaz de influenciar no ambiente interno e externo, objetivando maior flexibilidade às mudanças ambientais ao ponto de até rever o estilo desta gerência, caso necessário. Pensando neste estudo, foi escolhido o Hospital Universitário, por desconhecer o estilo de gerência utilizado e por apresentar uma divisão de cargos, que comporta múltiplas funções como o ensino, a pesquisa e a assistência, despertando assim uma curiosidade no que se refere à forma de gerenciar uma instituição complexa.

Com o objetivo de uma melhoria contínua, o gerente hospitalar deve buscar se qualificar sempre, a fim de suprir carências quanto a capacidade de enfrentar demandas e barreiras que se deparam no dia-a-dia. Assim, para melhor visualizar em que fatores a qualificação precisa ser mais trabalhada, torna-se necessário responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as características de gerência do Hospital Universitário da UFSC?

## **PARTE II: BREVE DESCRIÇÃO DA PESQUISA PROPOSTA E SEUS OBJETIVOS:**

### **1) *Tamanho da Amostra:***

A amostra será constituída por gerentes de alguns setores do hospital, escolhidos de forma aleatória, dando um total de elementos que varie entre 30 e 40 indivíduos.

### **2) *Delineamento da pesquisa:***

Pretende-se, aprofundar o conhecimento sobre a característica que envolve o gerente esperando contribuir teoricamente com a literatura escassa do assunto, mediante a descrição do observado e contribuir para prática ao conhecer o perfil e as carências desta gerência,

verificando até que ponto que tais carências desencadearão novos estilos de gerência em busca do progresso, dentro dos níveis estratégico, operacional e tático, além de alimentar a formação dos cursos de administração dando feedback à academia sobre o que ensinar nas especializações ou ainda a criação de uma nova disciplina na grade curricular de graduação. E, para que isso seja possível, tem-se como objetivo geral conhecer as características do Hospital Universitário nos diferentes níveis gerenciais e, avaliar até que ponto os administradores planejam, organizam e controlam as organizações hospitalares, isto é, exercem as funções fundamentais da administração. Com relação aos aspectos metodológicos, a pesquisa científica será do tipo exploratória, numa fase inicial e descritiva mais tarde, tendo como técnica a pesquisa bibliográfica (documentação indireta); entrevistas, questionários, observação não-participante (documentações direta) e análise de dados. A estratégia será um estudo de caso, por se tratar de um fato contemporâneo e por permitir o conhecimento das principais dimensões do problema. Quanto à coleta de dados, será de fontes primárias, que comprovará a autenticidade da entrevista e das observações e de fontes secundárias que também farão parte da coleta. Os dados coletados serão registrados em fichas, diário de campo e gravadores, já que o objeto de estudo será realizado em campo. O trabalho científico será teórico-empírica com relação ao gênero, por comparar a teoria com a realidade para a melhor compreensão desta e, será de natureza original por ser uma pesquisa de primeira mão, reforçando o caráter científico.

**3) *Local onde se realizará a pesquisa (infraestrutura):***

Setores Gerências do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

**4) *Participantes/Sujeitos:***

Gerentes dos Setores sorteados.

**5) *Procedimentos/ intervenções (e natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica etc):***

O procedimento utilizado para coletar os dados será consultas a documentos da instituição (se possível e necessário). Também, pretende-se recolher e registrar informações por meio de entrevista e observação, sendo esta não participativa, onde não haverá nenhum envolvimento com o desenvolvimento das atividades do grupo estudado. A observação terá o objetivo de registrar percepções e ações dos atores envolvidos no espaço estudado, de acordo com sua especificidade. A etapa de entrevista terá a intenção de responder a questionamentos sobre os estilos de gerência, de que forma os gerentes planejam, organizam e controlam. A análise será desenvolvida em conjunto com a coleta para aprimorar possíveis erros ou falhas na condução da entrevista e evitar acúmulo de informações. Portanto, pode-se perceber que não haverá intervenção na natureza ambiental, educacional, nutricional, etc.

**6) “Outcomes” (desfechos):**

**7) Parâmetros avaliados (medidas): Não se aplica.**

Protocolos de pesquisa envolvendo drogas (placebo) devem preencher rigorosamente todos os requisitos das resolução 251,07/08/97 do C.N.S. (Capítulo IV).

#### ESTIMATIVA DOS BENEFÍCIOS OU COMPENSAÇÕES DA PESQUISA PROPOSTA:

**1) Quais são os benefícios potenciais aos participantes e/ou à comunidade científica e/ou à sociedade que justificariam convidar indivíduos a participarem desta pesquisa?**

A expectativa em relação aos possíveis resultados do estudo proposto e construído na elaboração e defesa desta dissertação é que, constitua uma oportunidade de agregação de novos elementos ao conhecimento, pertinentes à prática e ao debate teórico da Administração Hospitalar.

**2) (a) que vantagens ou compensações serão oferecidas aos participantes?**

Pretende-se ouvir os pesquisados e fornecer uma avaliação para que os mesmo possa relatar sua opinião sobre a experiência que tiveram ao participar da pesquisa, como também fornecer aos mesmos os resultados obtidos e convidá-los para a defesa da dissertação, com o intuito de que possam usufruir dos resultados da pesquisa e avaliar possíveis implementações em suas práticas.

**(b) As despesas serão reembolsadas?** ☐ SIM ☒ NÃO

Se sim, forneça detalhes:

#### **D. ESTIMATIVA DOS RISCOS DA PESQUISA PROPOSTA:**

Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo:

5) Caso os participantes não compareçam às visitas do estudo, serão contactados durante o estudo (por telefone ou por carta)? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Não se aplica.

#### E. PLANO PARA OBTER O CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (INFORMADO):

- 1) Descreva como os participantes serão recrutados incluindo modos de divulgação e possíveis vantagens e compensações oferecidas.
- 2) Os participantes da pesquisa serão convidados pessoalmente pelo pesquisador para contribuir com o estudo.
- 3) **Descreva a relação entre o pesquisador(es) e participante(s). Quem irá obter o consentimento?**

A relação entre pesquisador e participante, será entre uma relação de caráter profissional entre pesquisador e pesquisados. Estes autorizarão por escrito, em formulário próprio, o pesquisador para a realização de entrevistas e observação de suas atividades. As atividades constarão de análise e interpretação de como se dão os estilos gerenciais diante de determinadas situações e/ou decisões a tomar pelo gerente.

3) Estão os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? ☒ SIM ☐ NÃO

Se não, descreva as alternativas para a obtenção do consentimento.

- 4) **Quais os procedimentos que deverão ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo?**

Em caso de desejo de desistência da participação no estudo, os participantes, poderão manifestar-se por escrito (mediante ofício ao pesquisador de campo).

- 5) **Caso os participantes não compareçam às visitas do estudo, serão contactados durante o estudo (por telefone ou por carta)?** ☐ SIM ☐ NÃO

Não se aplica.

**F. PASSOS A SEREM TOMADOS PARA ASSEGURAR A CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:**

Onde e como os dados serão arquivados, quem supervisionará o acesso aos dados para assegurar sua confidencialidade?

Os dados serão coletados em entrevistas e anotações de campo sob a responsabilidade do pesquisador. Após sua análise, os resultados serão armazenados em arquivo de computador, com acesso restrito por senha exclusiva do pesquisador, até defesa pública da dissertação de mestrado de Fabiana dos Santos Pereira, aluna do curso de Pós-Graduação em Administração, no Centro Sócio Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

**G. ASSINATURA:**

1) Assinatura \_\_\_\_\_ Florianópolis, 18 de maio de 2001.

Pesquisador Principal

**ANEXO F – Declaração de Divulgação dos Dados Pesquisados****D E C L A R A Ç ã O**

Declaramos para os devidos fins que no projeto de pesquisa intitulado “CARACTERÍSTICAS DE GERÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA” ter-se-á um comprometimento em tornar público os dados pesquisados, independentemente se esses se mostrarem favoráveis ou desfavoráveis à instituição em estudo.

Florianópolis/SC, 05 de junho de 2001.

Profª Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.  
Orientadora

Fabiana dos Santos Pereira  
Mestranda do CPGA/UFSC



**ANEXO G – Declaração de Pretensão da Pesquisa****D E C L A R A Ç Ã O**

Declaramos para os devidos fins que com o projeto de pesquisa intitulado “CARACTERÍSTICAS DE GERÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA”, pretende-se adquirir suporte, através dos dados coletados para conhecer as características de gerência e poder concluir a dissertação de mestrado.

Florianópolis/SC, 05 de junho de 2001.

Profª Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.  
Orientadora

Fabiana dos Santos Pereira  
Mestranda do CPGA/UFSC

**ANEXO H – Declaração para Inexistência de Conflito****D E C L A R A Ç Ã O**

Declaramos para os devidos fins que no projeto de pesquisa intitulado “CARACTERÍSTICAS DE GERÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA” será assegurada a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Florianópolis/SC, 05 de junho de 2001.

Profª Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra.  
Orientadora

Fabiana dos Santos Pereira  
Mestranda do CPGA/UFSC

## ANEXO I – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS PARECER CONSUBSTANCIADO

**Projeto 087/2001:** *Características de gerência no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina*

**Pesquisadora responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann

Mestranda em Administração: Fabiana dos Santos Pereira

Objetivo geral: conhecer as características das gerências do Hospital Universitário da UFSC, nos diferentes níveis (estratégico, operacional e tático).

Objetivos específicos: verificar o grau de domínio das habilidades conceitual, humana e técnica nos níveis gerenciais (alto, médio e baixo); avaliar até que ponto os administradores planejam, organizam e controlam a organização hospitalar, isto é, exercem as funções fundamentais da administração.

Metodologia: amostra constituída por gerentes de alguns setores do Hospital Universitário, escolhidos aleatoriamente, com total de elementos variando entre 30 e 40. Pesquisa do tipo exploratória, entrevistas, questionários, observação não participante (documentação direta) e análise de dados. O estudo se caracteriza como estudo de caso. Os dados coletados serão registrados em fichas, diários de campo e gravações.

Parecer: o trabalho pode contribuir para a gestão e o conhecimento das estratégias gerenciais no Hospital Universitário, apresenta boa revisão bibliográfica e atende o que regulamenta as resolução pertinentes do Conselho Nacional de Saúde.

As pendências foram atendidas, portanto somos de parecer favorável á aprovação do projeto.

Parecer do CEPESH:

- ☒ (x) aprovado
- ☐ ( ) reprovado
- ☐ ( ) com pendência (detalhes pendência)\*
- ☐ ( ) retirado
- ☐ ( ) aprovado e encaminhado ao CONEP

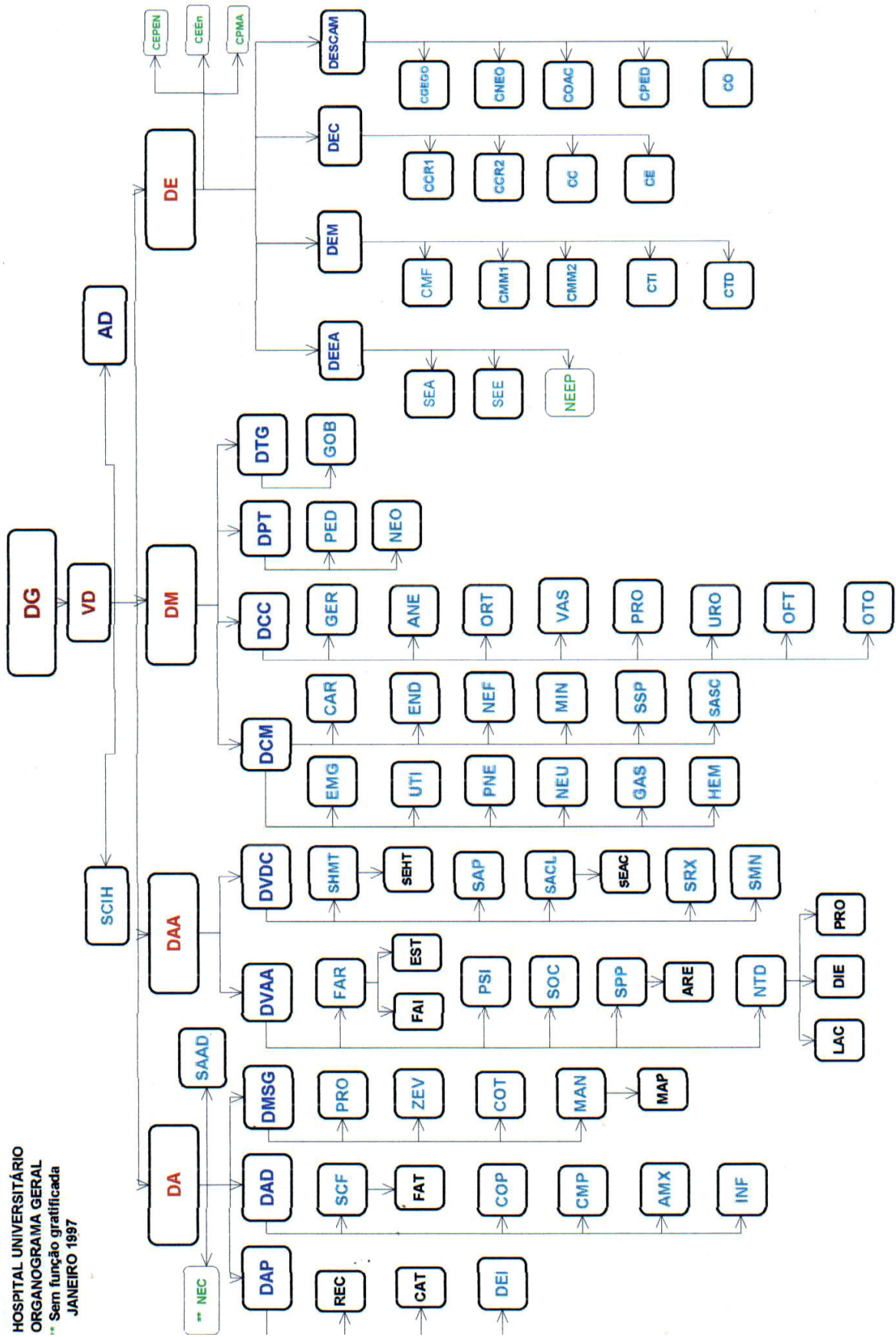
Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 27/08/2001

Florianópolis, 27 de agosto de 2001.

Profª Márcia Margaret Menezes Pizzichini

Coordenadora

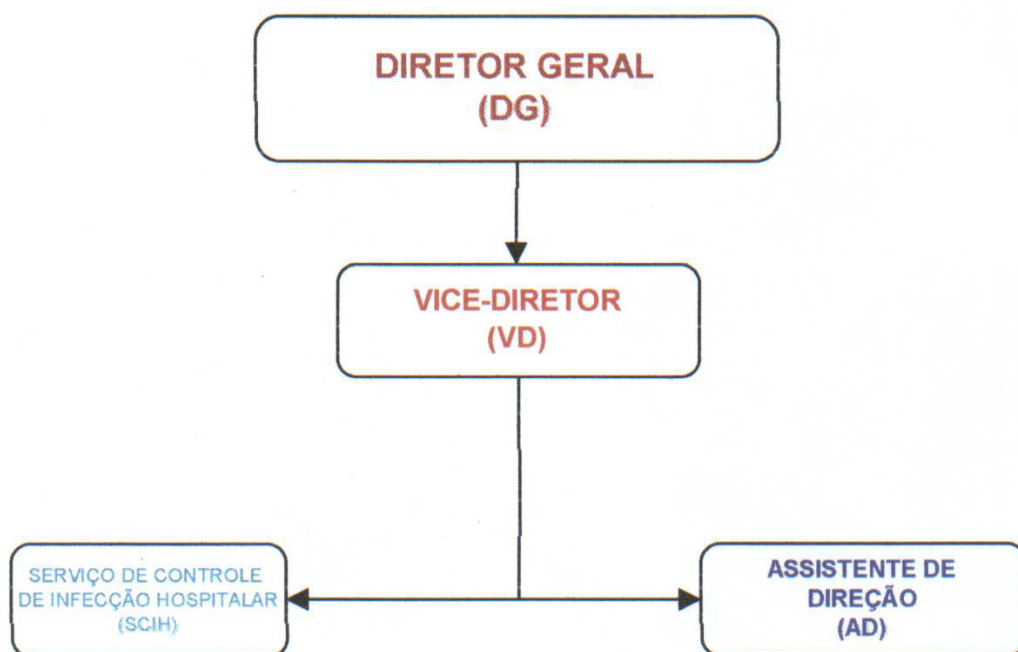
ANEXO J – Organograma Geral/HU



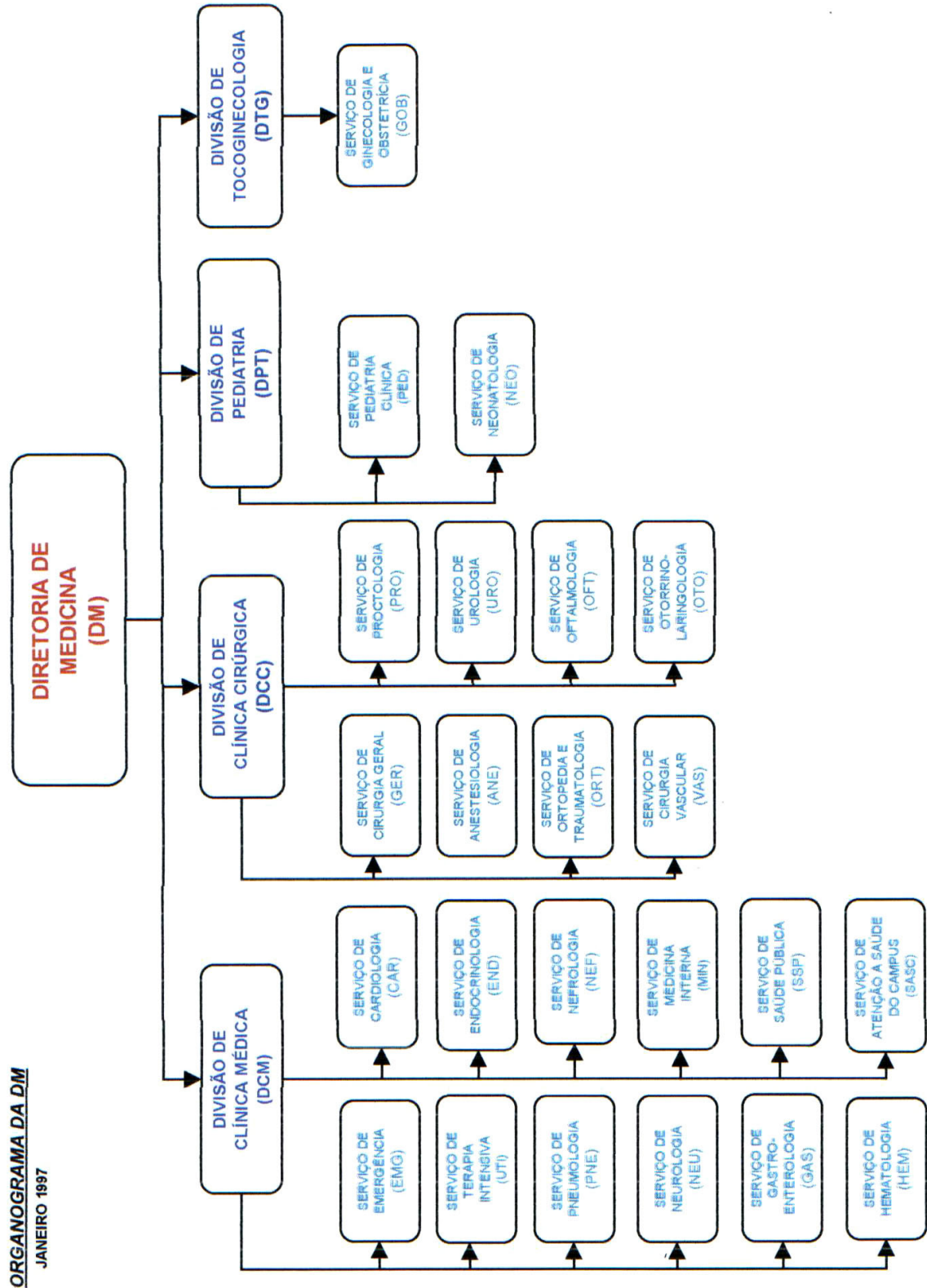
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ORGANOGRAMA GERAL  
Sem função gratificada  
JANEIRO 1997

**ANEXO K – Organograma da DG/HU****ORGANOGRAMA DA DG/HU**

JANEIRO 1997

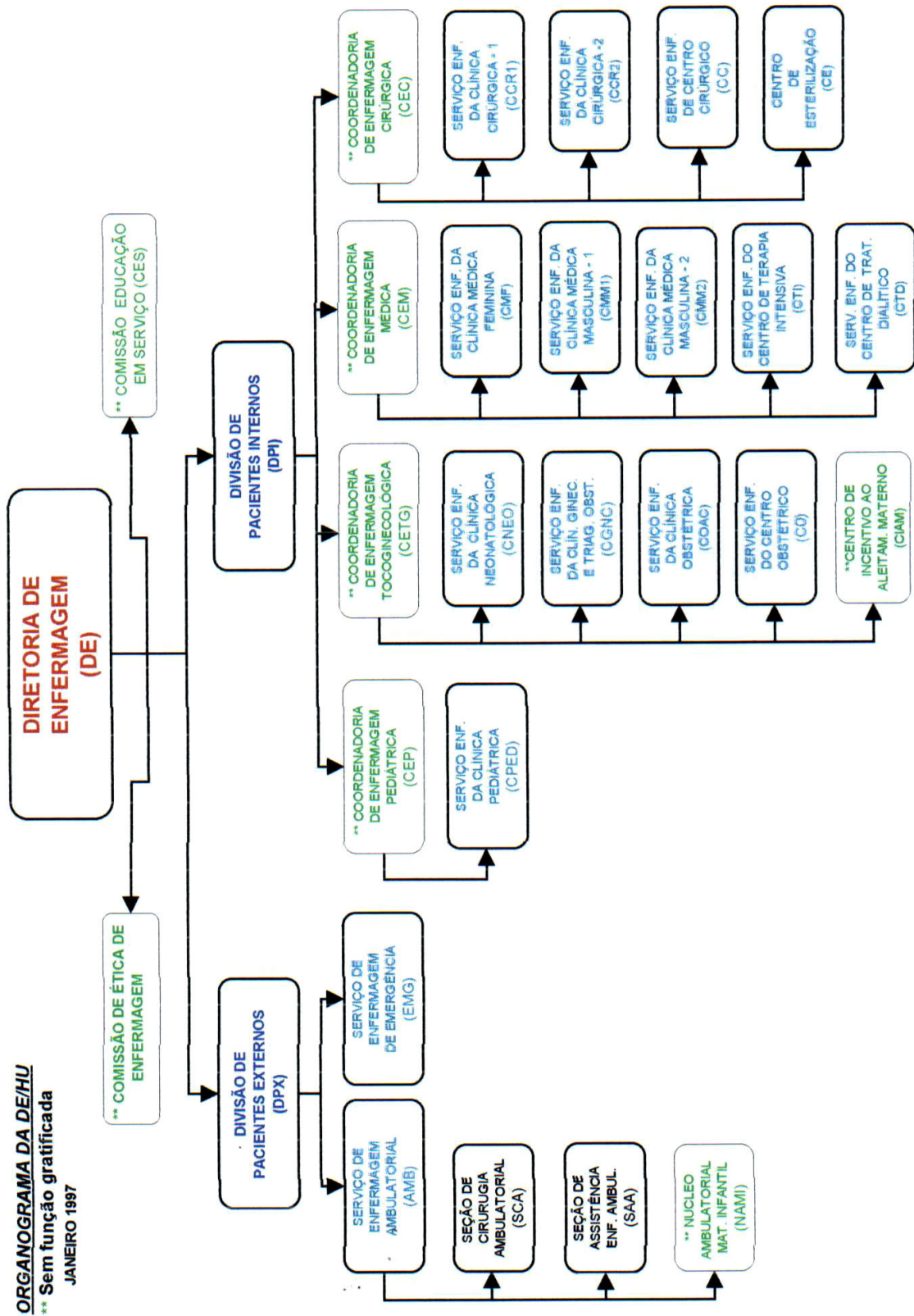


ANEXO L – Organograma da DM/HU



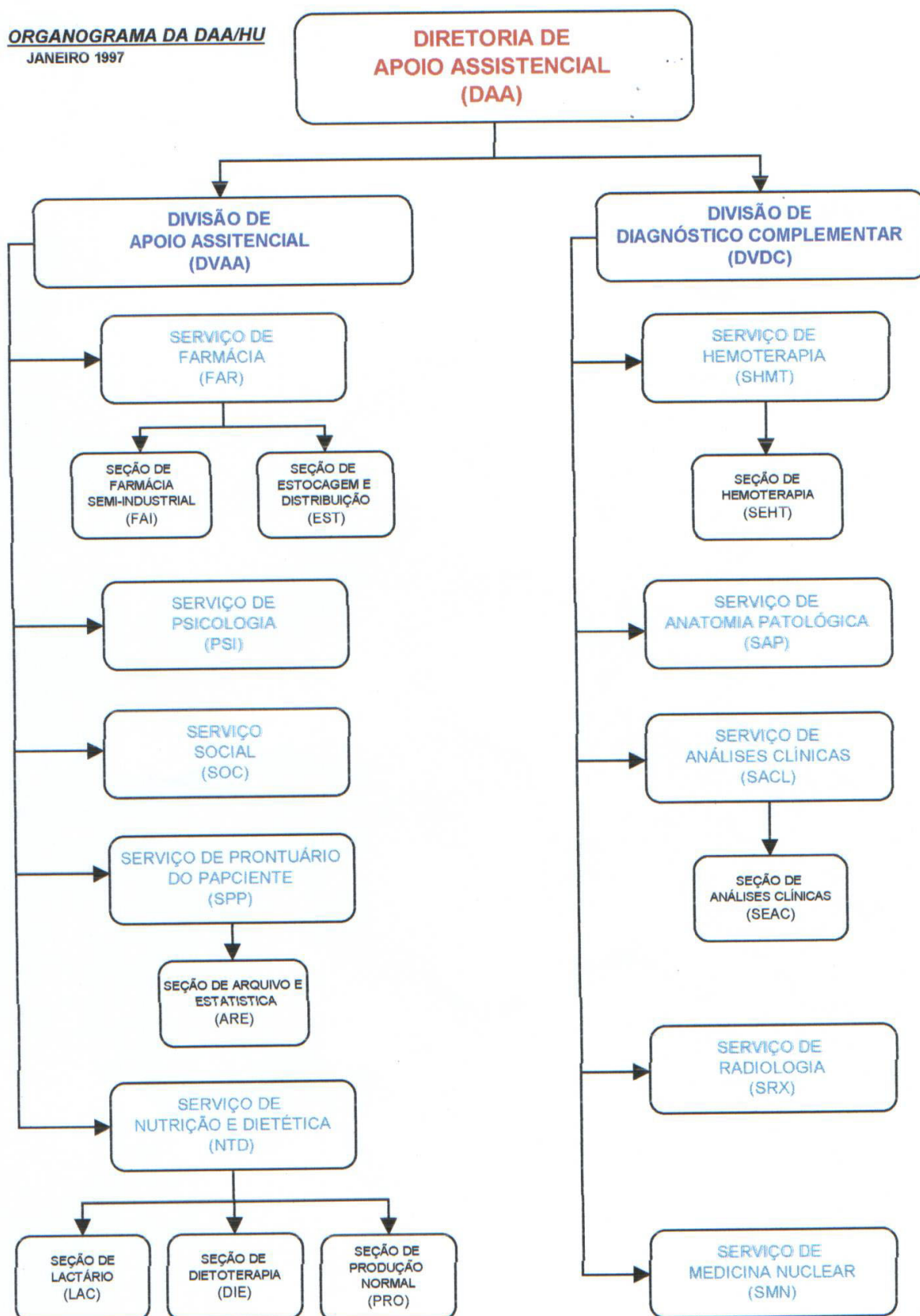


ANEXO M – Organograma da DE/HU



## ANEXO N – Organograma da DAA/HU

**ORGANOGRAMA DA DAA/HU**  
JANEIRO 1997

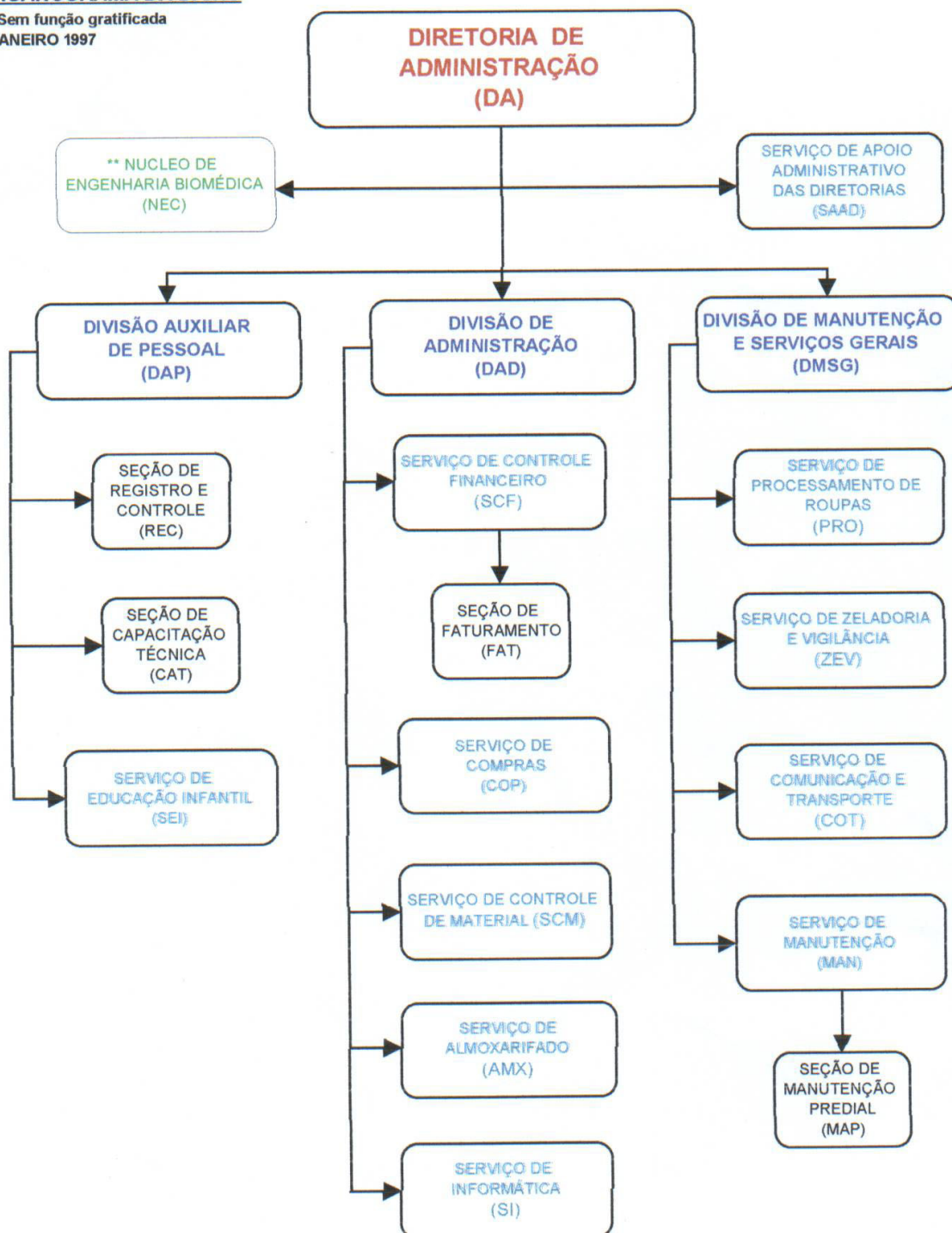




## ANEXO O – Organograma da DA/HU

**ORGANOGRAMA DA DA/HU**

\*\* Sem função gratificada  
JANEIRO 1997



ANEXO P – Organograma da DE/HU a partir de maio/2000

**ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DE MAIO/2.000**

